Nr. 10. 5. marca 1933 Rok XII.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

WYKŁAD KLINICZNY.

Prof. Witold ORŁOWSKI. Warszawa.

Kiła serca.
(Lues cordis).

(Rozdział z drukującego się podręcznika autora „Choroby serca i naczyń krwionośnych").

Kiła wrodzona stosunkowo rzadko (1—2,7%) dotyczy serca, zwłaszcza wsierdzia zastawkowego. Częściej zmiany, zależne od kiły wrodzonej, spostrzega się na wsierdziu ściennem, przyczem prawie zawsze jednocześnie można stwierdzić kiłowe zapalenie mięśnia sercowego, które zdarza się wogóle częściej, niż kiłowe zapalenie wsierdzia. W mięśniu sercowym kiła wrodzona zdarza się jako wrodzone zapalenie kiłowe śródmiąższowe *(myocarditis interstitialis luetica congenita)* lub jako wrodzone kilaki *(myocarditis gummosa congenita)* lub wreszcie jako postać mieszana. W zapaleniu śródmiąższowem stwierdza się rozlany rozrost *(proliferatio)* tkanki łącznej, wychodzący z tkanki łącznej okołonaczyniowej, lub małe ograniczone nacieki zapalne. W postaci kilakowej znajdujemy w mięśniu sercowym pojedyncze lub liczne drobne guzki, składające się z limfocytów, komórek plazmatycznych, komórek tkanki łącznej (fibroblastów) i poliblastów; czasami można w nich znaleźć także komórki olbrzymie. Klinicznego znaczenia kiła wrodzona serca nie ma, gdyż płody przychodzą na świat martwe albo szybko giną po urodzeniu.

W życiu pozapłodowem kiła układu krwionośnego należy do częstych cierpień. W statystyce Goldscheidera, obejmującej 4.280 mężczyzn, 6% miało kiłę tego układu, a z chorych, dotkniętych cierpieniami układu krążenia, u 25% były w tym układzie właśnie zmiany kiłowe. Co się tyczy serca, to kiła nabyta sprawia zaburzenia czynnościowe serca w 75% już we wstępnym okresie jednocześnie ze zjawieniem się wysypki. Są to niemiarowości, przyśpieszenia lub zwolnienia skurczów serca, zwiększenie pobudliwości, szmer skurczowy, czasami powiększenie rozmiarów serca. Nie rozstrzygnięto wszakże, czy te zmiany nie zależą od czynnika psychicznego, jakim jest obawa zarażenia się kiłą. Możliwy jest również wpływ zmian kiłowych w nerwach błędnym oraz współczulnym.

Anatomja patologiczna.

W późnym okresie kiła wywołuje w s e r c u zmiany najczęściej trojakiego rodzaju: 1) kilaki, 2) zapalenie mięśnia sercowego, 3) niedomykalność zastawek tętnicy głównej. Często te zmiany kojarzą się ze zmianami w tętnicy głównej *(mesaortitis)* oraz w tętnicach wieńcowych serca. Zajęcie osierdzia w kile wrodzonej oraz w kile nabytej należy do rzadkości. Przebiega ono jako kilaki osierdzia *(pericarditis gummosa)*, albo jako zapalenie wysiękowe *(pericarditis exsudativa)*, lub jako zapalenie zrostowe *(pericarditis adhaesiva)*.

Kilaki mogą być różnej wielkości, od rozmiarów ziarnka prosa do rozmiarów jaja gołębiego, a nawet mogą być jeszcze większe. Są one pojedyncze lub liczne. Ulubioną ich siedzibę stanowi przegroda międzykomorowa i ściana lewej komory. Świeże kilaki są miękkie, galaretowate, starsze — zbite, wewnątrz zserowaciałe. Duże kilaki sterczą do światła komory lub przedsionka i mogą wywołać zwężenie ujść. W razie wyleczenia kilaki pozostawiają ogniska bliznowate *(myocarditis fibrosa)*.

Zmiany włókniste *(myocarditis fibrosa)* powstają często w mięśniu sercowym na tle zakażenia kiłowego także bez poprzednich zmian kilakowych lub obok nich w postaci ognisk ograniczonych *(myocarditis circumscripta)* lub sprawy rozlanej *(myocarditis diffusa)*. Punktem wyjścia tych zmian są zmiany tętnic wieńcowych serca, często ulegających uszkodzeniu na tle kiły, mogą one jednak powstawać i bezpośrednio wśród mięśnia bez uszkodzenia tętnic. Ulubioną siedzibą tej sprawy bywa ściana lewej komory, a potem (coraz rzadziej w następującej kolei) przegroda międzykomorowa, mięśnie brodawkowate, ściana prawej komory, prawy przedsionek, przegroda międzyprzedsionkowa i lewy przedsionek.

Oprócz zmian w samym mięśniu sercowym, uszkadza kiła często w sercu wiązkę przedsionkowokomorową, wywołując zupełny blok serca lub częściowe zahamowanie przewodzenia. Zmiany mogą być tu różne: kilaki, blizny po nich, zwapnienie pokilakowe, zmiany włókniste. Równocześnie spostrzega się zwykle zmiany kiłowe także we właściwym mięśniu sercowym. Ponieważ wiązka ma odrębne unaczynienie, przeto może ona być zupełnie nieuszkodzona, pomimo bardzo ciężkich zmian kiłowych w samym mięśniu sercowym.

Z zastawek kiła nabyta najczęściej uszkadza zastawki tętnicy głównej. Sadowiąc się w nich, zmiany kiłowe wywołują ich niedomykalność organiczną *(insufficientia vv. semilunarium aortae organica)*. Według Romberga, 2/3 wszystkich przypadków tej wady jest pochodzenia kiłowego. Natomiast zwężenie ujścia tętniczego lewego *(stenosis ostii arteriosi sinistri)* na tle kiły nabytej prawdopodobnie nigdy nie następuje, z wyjątkiem bardzo rzadkich przypadków zwężenia ujścia tętniczego, wywołanego przez kilak, usadowiony tuż poniżej zastawki *(stenosis ostii aortici subvalvularis)*. Nieco częściej spostrzegano zwężenie oraz niedomykalność zastawek tętnicy płucnej na tle kilaków, przechodzących na nie z sąsiedztwa, albo sterczących do światła prawej komory tuż poniżej zastawek. Co się tyczy zastawki dwudzielnej, to w kile spostrzegano jej niedomykalność czynnościową w przebiegu niedomykalności organicznej zastawek tętnicy głównej pochodzenia kiłowego. Wady organiczne zastawki dwudzielnej, spotykane u chorych kiłowych, są prawie bez wyjątku pochodzenia nieswoistego.

Objawy.

Sadowiąc się w układzie przewodzącym, kiła wywołuje obrazy kliniczne zupełnego bloku sercowego lub częściowego zahamowania przewodzenia, opisane już w jednym z poprzednich rozdziałów. W każdym przypadku tego zespołu należy przedewszystkiem pomyśleć o kile. Rozlane zmiany włókniste mięśnia sercowego oraz ograniczone kilaki, usadowione poza obrębem układu przewodzącego, wywołują obraz kliniczny, który niełatwo odróżnić od przewlekłego zapalenia mięśnia sercowego innego pochodzenia, tem bardziej, że nieraz jednocześnie wchodzą w grę i inne czynniki szkodliwe (choroby zakaźne, nadużycia alkoholu i t. d.).

Objawy niedomykalności zastawek tętnicy głównej omówię w rozdziale o wadach serca.

Do częstych objawów kiły serca należą obrazy kliniczne, powstające wskutek zmian jednej lub obu tętnic wieńcowych serca, uszkodzonych kiłą bezpośrednio lub, jak to bywa bardzo często, przez zwężenie w miejscu ich odejścia. Ta postać często dołącza się do kiły tętnicy głównej. Objawy są takie same, jak w klasycznej dusznicy bolesnej *(stenocardia organica)*.

Rozpoznanie.

Rozpoznanie kiłowego zapalenia mięśnia sercowego *(myocarditis luetica)* opiera się na tych samych podstawach, jak rozpoznanie innych przewlekłych cierpień tego mięśnia *(myocarditis)*. Za tłem kiłowem przemawiają następujące dane:

1) młody wiek;
2) brak stwardnienia tętnic obwodowych;
3) ciężka duszność w wieku młodym, napozór bez przyczyny;
4) dusznica bolesna w wieku młodym;
5) brak innych przyczyn u chorego z objawami cierpienia mięśnia sercowego *(myocarditis)*;
6) kiła w wywiadach, dotyczących samego chorego;
7) dane w wywiadach rodzinnych, wskazujące na zakażenie kiłowe (poronienia, martwe płody i t. d.);
8) inne objawy kiłowe;
9) dodatni odczyn Wassermanna;
10) dodatni wpływ leczenia swoistego; bezskuteczność leczenia swoistego nie wyłącza jednak kiły serca.

Jeżeli drobne kilaki nie wywołują żadnych objawów, to choroba pozostaje nierozpoznana, chociaż taki kilak, rozmiękając, może być przyczyną pęknięcia serca *(ruptura cordis)* lub powstania tętniaka serca *(aneurysma cordis)*.

W przypadkach niedomykalności zastawek tętnicy głównej należy poważnie liczyć się z możliwością kiłowego jej pochodzenia. W różnicowaniu od tej wady innego pochodzenia kieruję się następującemi danemi: U osób młodych poniżej 30 roku życia czynnikiem przyczynowym jest najczęściej zapalenie wsierdzia, powsta-

jące przeważnie na tle zakażenia gośćcowego, chociaż spostrzega się rzadkie przypadki tej wady w wieku młodocianym także na tle kiły wrodzonej. Powyżej 40 r. ż. najczestszym czynnikiem przyczynowym jest zakażenie kiłowe, a następnie stwardnienie tętnic. W wyjaśnieniu tła dopomagają także cechy poszczególnych objawów wady. Mianowicie duży przerost z rozszerzeniem lewej komory jest znamienny dla niedomykalności, powstającej na tle zapalenia wsierdzia, a to dlatego, że sprawa chorobowa dotyczy tu zwykle osób młodych z nieuszkodzonym wybitnie mięśniem sercowym, zdolnym do dużego przerostu i z podatną klatką piersiową. Nadto w organicznej niedomykalności zastawek tętnicy głównej na tle zapalenia wsierdzia zastawki są zniekształcone i skurczone znaczniej, niż w innych postaciach tej wady, co wywołuje odpływ większej ilości krwi w okresie rozkurczu do lewej komory. Naodwrót postaci kiłowe i na tle stwardnienia tętnic dotyczą raczej osób starszych, gdy klatka piersiowa jest już mniej podatna, a mięsień sercowy uszkodzony. Niedomykalność pochodzenia kiłowego jest zwykle nieduża tak, iż wracająca fala krwi jest mała. Zgodnie z tem, uderzenie koniuszkowe serca w niedomykalności zastawek tętnicy głównej pochodzenia zapalnego jest podnoszące, wysokie, oporne, rozległe, a w postaciach, powstałych na tle kiły i stwardnienia tętnic bardzo niskie, macalne w głębi, mniej oporne wskutek powolnego płaskiego podnoszenia się, ograniczone, czasami nawet niewyczuwalne. Rozszerzenie stłumienia sercowego w lewo jest w postaci kiłowej nieznaczne, w odróżnieniu od wybitnego powiększenia w lewo i ku dołowi w postaci gośćcowej.

Zależnie od zmian w tętnicy głównej szmer rozkurczowy w postaci kiłowej szerzy się zwykle daleko ku górze aż do obojczyków i nawet do tętnic szyjnych, a najgłośniejszy bywa najczęściej w II. i III. międzyżebrzu na prawo od mostka. W niedomykalności natomiast na tle gośćcowem szmer rozkurczowy częściej wzrasta w lewo i ku dołowi, najgłośniejszy zaś bywa w punkcie Erba, mianowicie u przyczepu III. lewego żebra do mostka. W postaci kiłowej drugi ton nad tętnicą główną jest zachowany, nawet dźwięczny, a w niedomykalności pochodzenia gośćcowego osłabiony lub go niema. Szmerowi rozkurczowemu prawie zawsze towarzyszy w postaci kiłowej szorstki nieraz szmer skurczowy, słyszalny obok skurczowego tonu. Szmer ten jest wyrazem współistniejącego rozszerzenia części wstępującej tętnicy głównej, a nie zwężenia lewego ujścia tętniczego, które prawie nigdy nie bywa pochodzenia kiłowego. Praktycznie więc rzecz biorąc, gdy stwierdza się niedomykalność zastawek tętnicy głównej z przeważającemi lub wyraźnemi objawami zwężenia lewego ujścia tętniczego (wyraźny skurczowy mruk koci, trący szmer skurczowy i t. d.), to nie można takiego przypadku uważać za niedomykalność pochodzenia kiłowego. Również stwierdzenie równoczesnej organicznej niedomykalności zastawki dwudzielnej lub organicznego zwężenia lewego ujścia żylnego przemawia przeciwko naturze kiłowej niedomykalności zastawek tętnicy głównej nawet u chorego, który kiedyś przebył kiłę. Ten sprawdzian opiera się na materjale faktycznym, który dowodzi, że skojarzenie wady zastawki dwudzielnej z niedomykalnością zastawek tętnicy głównej pochodzenia kiłowego jest nader rzadkie. Mowa tu o organicznej wadzie zastawki dwudzielnej, niedomykalność bowiem tej zastawki pochodzenia mięśniowego *(insufficientia v. mitralis muscularis)* można spostrzegać także w zakażeniu kiłowem. Wreszcie w niedomykalności pochodzenia kiłowego chybkie tętno mniej się zaznacza, również słabiej występują tony w tętnicach obwodowych oraz podwójny szmer Duroziera. Rozstrzygając, jaki czynnik przyczynowy wywołał w danym przypadku organiczną niedomykalność zastawek tętnicy głównej, staramy się wykryć, czy chory przebył kiłę, a to idąc drogą wywiadów, dotyczących jego przeszłości, stosunków rodzinnych (poronienia, martwe płody, śmierć dzieci do 2 lat i t. d.) oraz drogą dokładnego badania samego chorego, które może wykryć przebytą kiłę (blizny i t. d.) lub istniejące cierpienie kiłowe innych narządów wewnętrznych, dodatnie odczyny serologiczne i t. d.

Rokowanie.

Zmiany kiłowe w sercu w początkowym okresie często ustępują pod wpływem leczenia swoistego, gdyż tkanka kiłowa pozostaje bardzo długo w okresie ziarninowym. W daleko posuniętym okresie rokowanie jest o wiele mniej pomyślne, zwłaszcza gdy nagle nastaną bardzo ciężkie objawy osłabienia mięśnia sercowego (obrzęk płuc, duże objawy przekrwień biernych i t. d.), nawet jeżeli one ustępują pod wpływem leczenia, również w przypadkach z ciężkiemi napadami czyto dychawicy sercowej, czy dusznicy bolesnej, które świadczą o poważnych zmianach tętnic wieńcowych serca. Dołączenie się niedomykalności zastawek tętnicy głównej do kiłowych zmian w tej tętnicy znacznie pogarsza rokowanie.

Leczenie.

Rozpoznawszy kiłę serca, przystępujemy niezwłocznie do energicznego leczenia swoistego, nawet jeżeli są objawy niewydolności krążenia. Poleca się leczenie skojarzone bizmutem lub rtęcią i salwarsanem. Bizmut wstrzykuje się 2 razy w tygodniu domięśniowo w postaci 10% *bismuthum chinin-jodatum.*

Rp. 10% Solutionis bismuth-chinin-jodati in amp. orig. „Gessner" (lub „Klawe", lub „Motor") à 3 cm³ scat. I.
D. S. Do wstrzykiwań domięśniowych.

Wstrzykuje się głęboko w pośladki: ogrzawszy ampułkę, starannie ją wstrząsamy i wciągamy z niej lek do 5 gramowej strzykawki Recorda; wkłuwamy teraz w pośladek długą igłę Recorda i, przekonawszy się. że nie trafiliśmy do naczynia krwionośnego, wstrzykujemy pierwszy raz pół ampułki, a następne razy po całej ampułce. Chory otrzymuje ogółem 12 wstrzykiwań. W ciągu leczenia badamy od czasu do czasu mocz. W razie pojawienia się w nim licznych nabłonków nerkowych dalsze wstrzykiwania wykonujemy w większych odstępach czasu, gdyż inaczej wkrótce następuje poważniejsze uszkodzenie nerek, w postaci białkomoczu. W czasie leczenia bizmutowego powinien chory pielęgnować jamę ustną: poleca się przepłókiwanie jej kilka razy dziennie roztworem z 1 łyżeczki boraksu w 1 szklance wody i 2 razy dziennie pendzlowanie dziąseł roztworem:

Rp. Trae ratanhiae
Trae myrrhae aa 15,0
M. D. S. Do pendzlowania dziąseł.

Zamiast bizmutu można stosować leczenie wcieraniami rtęci (w postaci *unguenti hydrargyri duplicis cum resorbino parati)* z jednoczesną pielęgnacją jamy ustnej.

Rp. Unguenti hydrargyri duplicis cum resorbino parati 2,0.
D. t. d. Nr. IV.
S. Do wcierań w skórę.

Maść rtęciową wciera się codziennie 4 dni zrzędu: pierwszego dnia w łydki, drugiego w uda, trzeciego w boki, czwartego w górne kończyny, na piąty dzień chory bierze kąpiel. Całe leczenie obejmuje 40 wcierań.

Przetwory rtęci można też wstrzykiwać domięśniowo:

Rp. Hydrargyri salicylici 2,0,
Glycerini puri,
Spiritus vini 60% aa 20,0.
M. D. S. Do wstrzykiwań domięśniowych.

Wstrzykuje się po 1—2 cm³ raz na 4 dni. Okres leczenia obejmuje od 10 do 20 wstrzykiwań, zależnie od wstrzykiwanej dawki.

Leki rtęciowe można też wstrzykiwać w zawiesinie oleistej:

Rp. Hydrargyri salicylici 1,0.
Olei sesami 10,0,
M. D. S. Po 1 cm³ raz na 4 dni domięśniowo.

Okres leczenia obejmuje 10 wstrzykiwań.

Jednocześnie z leczeniem bizmutowem polecam raz w tygodniu dożylne wstrzyknięcie neosalutanu „Pozowski" lub nowarsenobenzolu „L. S. S." w dawce za pierwszym razem 0,15, potem po 0,3 do 0,45, a u mężczyzn czasami nawet 0,6. Łącznie wstrzykuję w czasie jednego okresu leczenia 4,0—5,0.

Rp. Novarsenobenzol „L. S. S." in amp. à 0,15 (lub 0,3, lub 0,45 lub 0,6) scat. I.
D. S. Do wstrzykiwań dożylnych.

W ten sam sposób zapisuje się i neosalutan.

Posługując się neosalutanem oraz nowarsenobenzolem należy zachować ostrożność w przypadkach z żółtaczką i wogóle z cierpieniami wątroby, by nie wywołać ostrego zaniku wątroby *(atrophia hepatis acuta).*

Jeżeli z jakiejkolwiek przyczyny, np. wąskości żył wstrzykiwania dożylnego nie da się wykonać, można zastąpić je leczeniem acetylarsanem „L. S. S.".

Rp. Acetylarsan „L. S. S." in ampullis orig. à 3 cm³ scat. I.
D. S. Do wstrzykiwań domięśniowych lub podskórnych.

Każda ampułka zawiera substancji działającej 0,7. Cały okres leczenia wymaga wprowadzenia koło 10,0 tej substancji, czyli obejmuje 16 wstrzykiwań po 1 ampułce naraz. Wstrzykuje się lek co 3 dni. Nowy okres leczenia można zacząć najwcześniej dopiero w miesiąc po ukończeniu poprzedniego.

Zamiast acetylarsanu można stosować leczenie wstrzykiwaniami domięśniowemi eparseny „L. S. S.". Każda ampułka zawiera 1 cm^3 leku. Dawka ta odpowiada 0.25 nowarsenobenzolu lub neosalutanu. Leczenie prowadzi się tak samo, jak temi przetworami.

Po ukończeniu leczenia salwarsanem oraz bizmutem lub rtęcią stosuję energiczne leczenie jodem.

Rp. Natrii jodati 8,0.
Natrii bicarbonici 4,0.
Aquae destillatae ad 180,0.
M. D. S. Po 1 łyżce stołowej 3 razy dziennie po jedzeniu.

Chory ma wypić do 15 flaszek tego leku. W razie pojawienia się objawów jodzicy *(jodismus)* leczenie się przerywa. Jednocześnie z leczeniem jodowem polecam wstrzyknięcie raz na miesiac dożylnie 0,45 neosalutanu lub nowarsenobenzolu.

Leczenie kiły serca powtarzam 2 razy do roku przez 3 do 4 lat, nie zważając na ujemny wynik odczynu Wassermanna, pomimo to, że nieraz już po pierwszym okresie leczenia stan podmiotowy chorego wybitnie się poprawia. Schemat w leczeniu tej choroby jest bardziej wskazany, niż beztroskliwy optymizm. Co do odczynu Wassermanna, to wypada on w czasie leczenia różnie: często znika, nieraz jednak dopiero się pojawia, upewniając lekarza w rozpoznaniu. Zjawienie się dodatniego odczynu Wassermanna po uprzedniem jego zniknięciu jest sygnałem do wznowienia energicznego leczenia.

Niewydolność krążenia leczy się według zasad, przytoczonych w rozdziale A.

PRACE ORYGINALNE.

Dr. Aleksander PASZKIEWICZ, asystent Kliniki. Kraków.

O leczeniu zachowawczem ropniaków opłucnych.

Z Kliniki Dziecięcej Uniw. Jagiellońskiego w Krakowie.
Dyrektor: Prof. Dr. Ksawery Lewkowicz.

Dokończenie.

Ropniaki paciorkowcowe. Następną grupę, złożoną z trzech przypadków, stanowią ropniaki, wywołane przez paciorkowca hemolitycznego. Jest on drobnoustrojem znacznie złośliwszym od pneumokoka, to też przebieg schorzenia jest gwałtowniejszy. Punktem wyjścia cierpienia jest zwykle odoskrzelowe zapalenie płuc. Wysięk w zakażeniu paciorkowcowem różni się nieco od wysięku pneumokokowego, mianowicie ma barwę oliwkowo-zieloną, jest rzadszy, gdyż ilość ciałek białych w 1 mm^3 wynosi średnio 40—50.000, a we wzorze cytologicznym spotykamy więcej limfocytów i śródbłonków, średnio 15—20%. Stężenie jonów wodorowych jest mniejsze, waha się średnio około 10×10^{-7} (pH = 6,0), co jest w związku z mniejszą ilością ciałek białych. Jest to kwasota, przy której w ropniakach pneumokokowych przy przepłókiwaniu jamy opłucnej płynami obojętnemi, rozwija się aglutynacja i fagocytoza zarazków. Ponieważ zaś zjawiska te tutaj nie występują wybitniej, nie można się tu spodziewać, ażeby można było osiągnąć wyniki lecznicze zapomocą zabiegów, prowadzących do odkwaszenia. Wysięk paciorkowcowy zawiera mniej strzępków włóknikowo-ropnych, ma mniejszą skłonność do otarbiania się, gromadzi się w większej ilości, prowadząc łatwo do przesunięcia śródpiersia. We wszystkich przypadkach wątroba była znacznie powiększona, twarda, w niektórych sięgała ona nawet do przedniego górnego kolca kości biodrowej. To powiększenie wątroby utrzymywało się przez czas pewien po wyjałowieniu wysięku, a było wywołane najprawdopodobniej działaniem jadów paciorkowcowych na tkankę wątrobową i narząd krążenia.

W przypadku pierwszym u dziecka 11-miesięcznego, u którego ropne zapalenie opłucnej wytworzyło się w Klinice w toku odoskrzelowego zapalenia płuca, ograniczyłem się jedynie do codziennego wypuszczania wysięku. Wynik leczenia, trwającego 12 dni, był ujemny, dziecko zmarło, skoro dołączyło się zapalenie płuca drugiego. Pomimo że w wysięku dała się stwierdzić dość żywa fagocytoza, zakażenie utrzymywało się na niezmienionym poziomie.

Drugi przypadek był bardzo zajmujący, gdyż udało się tu wyraźnie udowodnić silne działanie na paciorkowce 2‰ roztworu riwanolu. Dziecko 15-miesięczne leczyłem początkowo samemi przepłókiwaniami roztworem fizjologicznym soli kuchennej, co jednak nie wywarło na zakażenie żadnego wpływu. Następnie wstrzykiwałem, nie zaprzestając przepłókiwań, surowicę przeciwpaciorkowcową (z zakł. Bujwida), również bezskutecznie. Wreszcie zamiast roztworu fizjologicznego soli używałem do płókań 3% roztworu dwuwęglanu sodu, celem stworzenia optymalnego, zasadowego środowiska dla bakterjobójczego działania surowicy. Ten sposób również zawiódł, a nawet ilość paciorkowców w wysięku zwiększyła się znacznie. Ze względu na pogarszający się stan dziecka, zastosowałem więc wkońcu przepłókiwania opłucnej 2‰ riwanolem, co w krótkim czasie doprowadziło do wyjałowienia opłucnej i do wyleczenia.

Przypadek trzeci, w którym znów bezskutecznie stosowałem z początku płókanie roztworem fizjologicznym soli kuchennej, a później szybko uzyskałem wyleczenie riwanolem, uprawnia mnie wraz z poprzednim do wniosku, że środek ten bardzo dobrze nadaje się do zwalczania zakażenia paciorkowcowego w ropniakach opłucnych. Przeciwnie, jakby wynikało z naszych spostrzeżeń, które zresztą przypominają doświadczenia przy innych sprawach paciorkowcowych, np. róży, na wyższy stopień uodpornienia liczyć tu nie można, zatem zakażenia te nie nadają się do leczenia przepłókiwaniami płynami obojętnemi.

Ropniaki gronkowcowe. Przechodzę zkolei do omówienia ropniaków wywołanych przez gronkowce. W 2 przypadkach chodziło o gronkowca złocistego, w 5 zaś o gronkowca białego. Gronkowiec złocisty okazał się najbardziej zjadliwym z pośród wszystkich drobnoustrojów, z któremi miałem do czynienia. Wysięk wywołany przez niego jest zbliżony wejrzeniem do wysięku pneumokokowego, ale ropienie jest silniejsze. Natomiast w ropniakach wywołanych przez gronkowca białego wysięk jest rzadszy, zawiera mianowicie średnio 150.000 ciałek białych w 1 mm^3.

U jednego dziecka z gronkowcem złocistym udało mi się osiągnąć wyleczenie po długotrwałem i energicznem przepłókiwaniu 2‰ riwanolem. Sposób ten zawiódł jednak w drugim przypadku, gdzie zakażenie było mieszane z pneumokokiem, przeważał jednak gronkowiec. Mimo przepłókiwania opłucnej przez trzy miesiące riwanolem, a potem zasadowym płynem buforowym, wyleczenia nie dało się uzyskać i dziecko zabrali rodzice do domu, nie chcąc się zgodzić na zabieg operacyjny, który im kilkakrotnie proponowałem. Przyczyną ujemnego wyniku był widocznie brak należytego uodpornienia, a tak samo słabe działanie wymienionych środków. Poza tem może wchodziłoby w rachubę wytworzenie się grubej i sztywnej błony ropotwórczej, gdyż przy nakłuwaniu igła natrafiała na znaczny opór. Gronkowiec złocisty, jak wiadomo, pobudza silnie do rozrostu tkankę łączną za pośrednictwem swych jadów. Ponadto w sąsiedztwie kanału wkłucia tworzą się często ropnie, szerzące się pod skórą, co utrudnia dalsze wykonywanie zabiegów. Na pneumokoki w tym przypadku riwanol prawie wcale nie działał: prawdopodobnem jest, że chroni je przed działaniem riwanolu otoczka, gdy tymczasem tak blisko z pneumokokami spokrewnione paciorkowce, ponieważ nie posiadają otoczki, ulegają mu łatwo.

Z pośród ropniaków, w których czynnikiem etjologicznym był gronkowiec biały, w 2 przypadkach, leczonych zapomocą przepłókiwania 2‰ riwanolem, osiągnąłem wynik korzystny dość szybko, przyczem ostatnie porcie wysięku zawierały wprawdzie jeszcze drobnoustroje, ale były one w przeważnej części pochłonięte przez ciałka ropne. Wobec tego w tych dwóch przypadkach korzystny wynik przypisuję nie działaniu chemicznemu riwanolu na gronkowce, lecz mechanicznemu oczyszczaniu jamy opłucnej z ropy, a tem samem odkwaszeniu, które umożliwiło fagocytozę i zniszczenie zarazków.

To pojmowanie mechanizmu wyleczenia potwierdzają następujące dwa spostrzeżenia. Chodziło o dwoje dzieci w wieku około 1 roku, u których wyleczenie nastąpiło bardzo szybko, bo po trzech zabiegach. U jednego z nich ograniczyłem się jedynie do wypuszczania wysięku, u drugiego zaś przepłókiwałem ponadto opłucnę słabo zasadowym buforem fosforanowym o stężeniu jonów wodorowych $0,63 \times 10^{-7}$ (pH = 7,2). Ilość wysięku zmniejszała się szybko, zakwaszenie i ropienie malało tak, że przy ostatnim zabiegu wydobywałem już płyn, zbliżony do wysięku surowiczego. Drobnoustrojów niewiele, prawie wszystkie pochłonięte przez ciałka ropne. Posiew do końca dodatni. Ostatni przypadek z tej grupy, dziecko dwumiesięczne, u którego obok gronkowca białego można było wykazać również obecność pneumokoka, jakkolwiek w bardzo małej ilości, leczyłem samem tylko wypuszczaniem wysięku. Opierałem się tu na doświadczeniu, nabytem przy obserwacji poprzednich przypadków, że ropniaki z gronkowcem białym leczą się łatwo i szybko przy samem wypuszczaniu wysięku, połączonem ewentualnie z przepłókiwaniem opłucnej płynami obojętnemi bez potrzeby uciekania się do środków bakterjobójczych. Leczenie zakończyło się pomyślnie po 10 zabiegach.

Ropniaki wywołane przez pałeczkę Pfeiffera. Tworzą one grupę złożoną z 3 przypadków.

W pierwszym, u dziewczynki 4-letniej, nie orjentując się narazie co do stopnia zjadliwości zarazka, zastosowałem riwanol 2‰ i szybko doprowadziłem do wyjałowienia wysięku. Jałowy ten wysięk gromadził się przez czas dłuższy i wywoływał gorączki dochodzące do 39° i wyżej, które ustępowały po wypuszczeniu wysięku, narastały jednak w ciągu mniej więcej tygodnia w miarę ponownego gromadzenia się. Wykluczywszy etjologję gruźliczą przez dwukrotne szczepienie wysięku śwince morskiej, musiałem przyjąć, że wskutek niemożności rozwinięcia się płuca wysięk ten gromadził czej, było ujemne. Wobec braku jakichkolwiek drobnoustrojów w wysięku ograniczyłem się tylko do jego wypuszczania i wyleczenie nastąpiło po trzech zabiegach. Przypuszczam, że w tym przypadku szczep pneumokoka, wywołujący zakażenie, był tak mało żywotnym, że szybko wyginął — podobnie jak się to dzieje w wysiękach dobrotliwych parapneumonicznych o charakterze surowiczo-ropnym — ropienie jednak utrzymywało się wskutek nadmiernego zakwaszenia wysięku.

Wyniki lecznicze przedstawione są na załączonej tablicy, która obejmuje również 4 przypadki, ogłoszone przez Prof. L e w k o w i c z a (ryc. 6).

Zachowawcze leczenie ropniaków opłucnych. 48 przyp. od 4.XI.1929. do 31.XII.1931.

Zarazek		Sposób leczenia		Ilość przyp.	Powikłania: Zakaż. dodatk.	Odma	Zapal. płuc o bystr.	Niedomoga krążenia	Zapalenie śródpiers.	Wtór.: Riwanol: dod. zak.	Wycięcie żebra	Wyniki lecz.: Wylecz.	Podlecz.	Niewylecz.	Zgon
Pneumokok 36 przyp.	czysty 33 przyp.	Wstrzykiwania do opłucnej: Optochiny 5% 18 przyp.	bez płukania	6	1	1	2	4	1	1	1	2			4
			po płukaniu optochiną 0,5%	7								7			
			po płukaniu NaCl fizj. lub pł. Ringera	5		1						5			
		Surowicy pneum. 4 p.	po płukaniu płynem Ringera	3								3			
			po płukaniu płynem buforowym	1		1		1	1						1
		Płukanie opłucnej 9 prz.	NaCl fizjol. lub płynem Ringera	6	1	2				1		4	2		
			płynem buforowym	3	2	2				2		3			
		Samo wypuszczanie wysięku		2	2	2	1	2		2	1				2
	z pr. Pfeiffera	Płukanie płynem Ringera i wstrzykiwanie sur. pneum.		1								1			
	z gronk. białym	Samo wypuszczanie wysięku		1								1			
	z gronk. złotym	Płukanie riwanolem 2‰, potem pł. bufor.; szczepionka		1										1	
Gronkowiec 5 przyp.	złoty 1 przyp.	Płukanie riwanolem; szczepionka		1								1			
	biały 4 przyp.	Płukanie riwanolem		2								2			
		Płukanie płynem buforowym		1								1			
		Samo wypuszczanie wysięku		1								1			
Paciorkowiec hemolit. 3 przyp.		Samo wypuszczanie wysięku		1			1	1							1
		Płukanie NaCl fizjol., potem riwanolem		1								1			
		Płuk. NaCl fizj. potem dwuwęgl. sodu i wstrzyk. sur. pac.; rivan.		1								1			
Pr. Pfeiffera 2 przyp.		Płukanie riwanolem, potem NaCl fizjol.		1								1			
		Samo wypuszczanie wysięku		1								1			
Pr. gnilny nieoznacz.		Płukanie NaCl fizjol.		1							1	1			
Wysięk jałowy		Samo wypuszczanie wysięku		1								1			
Procent		w 1. r. życia: 17, w 2. r.: 19, w 3. r.: 14, powyżej: 50		100								77	4	2	17

Ryc. 6.

się *e vacuo,* a gorączki powstawały wskutek wchłaniania się rozpadłej ropy. Przypadek mimo to skończył się wyleczeniem po 4 miesiącach.

W drugim przypadku, w którym obok pałeczki Pfeiffera znajdował się w wysięku pneumokok, leczenie skierowałem przeciw pneumokokowi, przepłókując opłucnę płynem Ringera i wstrzykując surowicę pneumokokową. Wyleczenie nastąpiło dość szybko przy zmniejszaniu się zakwaszenia i ropienia oraz dość silnej fagocytozie pneumokoków i pałeczek Pfeifferowskich. Surowica nie wywierała wyraźniejszego wpływu na pneumokoki. Gdyby przyjąć jej pobudzające działanie na fagocytozę, to w takim razie należałoby jej odmówić swoistości, gdyż fagocytoza w równym stopniu dotyczyła tak pneumokoków jak i pałeczek Pfeiffera.

W ostatnim przypadku ograniczałem się jedynie do codziennego wydobywania wysięku. Tenże w krótkim czasie z ropnego zamienił się w surowiczy, czemu towarzyszyło jego odkwaszanie się, silna fagocytoza zarazków i przesunięcie we wzorze cytologicznym na korzyść limfocytów.

Inne ropniaki: Pozostają jeszcze dwa przypadki, nie dające się zaliczyć do żadnej z poprzednio omówionych grup.

W pierwszym u chłopca 5 letniego, przywiezionego do Kliniki w stanie ciężkim, można było badaniem klinicznem i rentgenologicznem wykazać ponad wysiękiem odmę. Przy zabiegu wydobyto bardzo cuchnącą ropę, w której dało się wykazać mikroskopowo nieliczne, delikatne, dość długie pałeczki gramoujemne. Nie rosły one na pożywkach tlenowych, a na buljonie z kawałkiem wątroby lub mięsa dawały skąpy wzrost, w postaci dłuższych nitek gramoujemnych. Dziecko to, po kilku próbach przepłókiwania opłucnej roztworem fizjologicznym soli kuchennej bez wyniku dodatniego, skierowałem na Klinikę chirurgiczną, skąd po wycięciu żebra odeszło w pewien czas później wyleczone.

W drugim przypadku chodziło o chłopca 9-letniego, u którego wywiady oraz opinja lekarza domowego wskazywały na przebyte płatowe zapalenie płuca, wysięk jednak okazał się jałowym. Szczepienie na myszkę białą w celu ewentualnego wykazania obecności pneumokoka i na świnkę morską celem wykluczenia etjologji gruźli-

Streszczenie.

W walce, jaką ustrój dziecka toczy z drobnoustrojami w przebiegu ropnego zapalenia opłucnej odgrywają główną rolę trzy czynniki, mianowicie z j a d l i w o ś ć z a r a z k ó w, s i ł y o b r o n n e u s t r o j u i w ł a ś c i w o ś c i ś r o d o w i s k a, jako terenu walki. Zarazki można wedle stopnia zjadliwości uszeregować w następującym porządku, zaczynając od najmniej zjadliwych: ziarenkowiec nieżytowy, pałeczka Pfeiffera, gronkowiec biały, pneumokok, paciorkowiec hemolityczny i gronkowiec złocisty. Ustrój przeciwstawia zarazkom cały mechanizm swej oporności i odporności. Odporność ta może się w jednych przypadkach wcale nie wytworzyć lub być za słabą do opanowania zakażenia, w innych zaś jest tak wielką, że w środowisku, mającem w przybliżeniu prawidłowe własności, a przedewszystkiem prawidłowe oddziaływanie, usuwa drobnoustroje z wysięku, a tem samem doprowadza do wyleczenia. W ropnym wysięku jednak środowisko jest zawsze znacznie zmienione; w szczególności cechuje je wysokie zakwaszenie, co, jak to wynika ze spostrzeżeń Prof. Lewkowicza, hamuje zjawiska odpornościowe. Aby uzyskać u osobnika uodpornionego wyleczenie, konieczna jest zatem pewna pomoc z zewnątrz. Będzie ona polegała na usunięciu nadmiernej kwasoty wysięku przez jego wypuszczanie, połączone ewentualnie z przepłókiwaniem jamy opłucnej roztworem fizjologicznym soli kuchennej.

Usiłowania, aby sztucznie wpłynąć na stężenie jonów wodorowych w wysięku przez przepłókiwanie opłucnej płynami buforowemi, nawet dość silnie zasadowemi, nie dały wyników dodatnich, gdyż wysięk, wydobywany na drugi dzień po wprowadzeniu do opłucnej buforu, miał kwasotę taką samą, a nawet czasem większą niż poprzednio, odpowiednio do zawartej w nim ilości ciałek ropnych. Jeśli zakwaszenie zmniejszało się, to niezależnie od tego, czy używałem do płókania płynu słabo kwaśnego jak sól fizjologiczna lub płyn Ringera, czy zasadowego. Odkwaszenie pozostawało więc w ścisłym związku z napływaniem świeżego, nieco zasadowego osocza. Tem samem zapatrywania Ederera, który w użyciu zasadowych płynów buforowych dopatrywał się szczególnej roli lecz-

niczej, okazują się nieuzasadnione, jak to już Prof. Lewkowicz podnosił.

Główną rolę w usuwaniu zarazków z wysięku odgrywa fagocytoza, poprzedzona w wysiękach pneumokokowych przez w y b i t n ą a g l u t y n a c j ę. Aglutynację spostrzega się w mazankach z wysięku, gdy stężenie jonów wodorowych, opadając, zbliża się 10×10^{-7} (pH = 6,0), najwybitniej występuje ona jednak, gdy C_H jest niższe od 10×10^{-7}. Wydaje się prawdopodobnem, że odgrywa tu pewną rolę także nasilenie uodpornienia przeciw pneumokokom. Jeśli jest ono wysokie, to aglutynacja pojawia się już przy zakwaszeniu nieco wyższem od 10×10^{-7}, jeśli zaś jest słabsze, to dopiero poniżej tej wartości. Do wystąpienia silnej fagocytozy zaglutynowanych pneumokoków wydaje się niezbędnem środowisko jeszcze bardziej zasadowe posiadające średnie stężenie jonów wodorowych około 2×10^{-7}.

Gdy wysięk jest obojętny, a więc ma $C_H = 1 \times 10^{-7}$ (pH = 7,0), proces znikania drobnoustrojów jest na ukończeniu, a sam wysięk przybiera cechy wysięku surowiczego, zarówno co się tyczy ilości ciałek białych, jak i ich stosunków procentowych. Ta końcowa zmiana wysięku często uchyla się z pod spostrzegania, gdyż wysięk wchłania się wtedy szybko, i nieraz trudno go z opłucnej wydobyć.

Do zarazków, które wedle mojego dotychczasowego doświadczenia szczególnie szybko znikają z wysięku pod wpływem swoistych procesów odpornościowych przy usuwaniu zakwaszenia, należy gronkowiec biały i pałeczka Pfeiffera. Ziarenkowiec nieżytowy nie wchodzi w rachubę jako drobnoustrój chorobotwórczy, można go jedynie uważać za domieszkę, której ustrój z łatwością potrafi się pozbyć. Na przeciwległym biegunie stoi paciorkowiec hemolityczny i gronkowiec złocisty. Przy zakażeniu temi drobnoustrojami nie można liczyć na uodpornienie, to też tutaj bezwarunkowo należy zastosować przepłókiwanie opłucnej płynem bakterjobójczym, np. 2‰ riwanolem. Działa on silnie bakterjobójczo na paciorkowce, co się zaś tyczy gronkowców, to na podstawie obserwacji dwóch przypadków trudno mi się co do jego skuteczności wypowiedzieć. Niewątpliwie działanie to istnieje, lecz jest słabsze niż na paciorkowce. W pośrodku pomiędzy temi dwiema grupami zarazków stoją pneumokoki różnych typów. Z ropniaków, wywołanych przez nie, część leczy się dość szybko, widocznie dzięki wysokiemu uodpornieniu chorych, część zaś wobec niedostatecznej odporności wymaga leczenia środkami bakterjobójczemi, w pierwszym rzędzie optochiną.

Okazuje się z tego, że wnioski, wypowiedziane przez Prof. Lewkowicza tyczące się osiągania wyleczenia przez usuwanie zakwaszenia u osobników uodpornionych, chociaż nie tracą ogólnego znaczenia, to jednak praktycznie biorąc, odnoszą się, przedewszystkiem, czy może nawet jedynie do zakażeń łagodniejszych.

Narazie trudno wyjaśnić, dlaczego jedne dzieci potrafią wytworzyć należytą ilość ciał odpornościowych, inne zaś, pozostające pod wpływem przypuszczalnie tych samych bodźców, nie są do tego zdolne. Trzeba tylko stwierdzić, że przy różnych zakażeniach spotykamy się ciągle z takiemi różnicami, zależnemi widocznie od osobniczych właściwości.

Prof. L e w k o w i c z, przyjmując u chorych z ropniakami pneumokokowemi znaczne uodpornienie, które jednak z powodu przekwaszenia wysięku pozostaje bez działania, opierał się przedewszystkiem na tem, że chorzy ci przeszli bezpośrednio przed zapadnięciem na ropniak — i to pomyślnie — zapalenie płuc włóknikowe. Starał się on prócz tego poprzeć to zapatrywanie wynikami prób z odchyleniem dopełniacza. Te jednak — do tego jeszcze powrócimy w następnych pracach — okazały się niestety bardzo zawodne.

Że jednak rozumowanie Prof. Lewkowicza było zupełnie słuszne, okazuje się bezspornie ze spostrzegania a g l u t y n a c j i oraz f a g o c y t o z y i bakterjolizy wewnątrzciałkowej w samym wysięku ropniakowym. Pojawiają się one, jak tylko kwasota wydatnie się zmniejszy, a poprzedzają bezpośrednio doszczętne zniszczenie zarazków. Ich stwierdzenie ma tem większą wagę, że nie chodzi tu o wyniki próby *in vitro*, lecz o zjawiska, rozwijające się niejako pod naszemi oczami *in vivo*, odbywające się więc w n a t u r a l n y c h w a r u n k a c h s a m e g o z a k a ż o n e g o u s t r o j u. Ich pojawienie się może nam też posłużyć jako cenna wskazówka prognostyczna, a oprócz tego jako pożądany drogowskaz dla działania leczniczego. Jako ilustrację przytoczę przypadek, K. H. lat 11. Nr. 18/32, nieobjęty tą serją, który był poprzednio w innym zakładzie leczony przepłókiwaniami z wynikiem ujemnym tak, że wobec niepokojącego stanu chorego, przejście do innego sposobu leczenia, np. optochinowego, wydawało się nieuniknionem. Tymczasem po jednem bardzo dokładnem przepłókaniu opłucnej roztworem fizjologicznym soli kuchennej, i usunięciu w ten sposób przekwaszania, (C_H spadło z 40×10^{-7} na $6,3 \times 10^{-7}$), zjawiła się bardzo wyraźna aglutynacja. Wyleczenie nastąpiło potem tak szybko, że po długiem poprzedniem bezskutecznem leczeniu ten nagły zwrot wydawał się rodzicom wprost cudownym.

Z powikłań, jakie trafiają się przy leczeniu ropniaków, na szczególną uwagę zasługuje odma samoistna, którą spotkałem w 9 z pośród spostrzeganych przypadków. W 6 powstała ona w toku leczenia po całkowitem wypuszczeniu wysięku z jamy opłucnej, najprawdopodobniej z powodu pęknięcia jakiegoś powierzchownie ułożonego zropiałego ogniska płucnego. Takie zropiałe ogniska można było stwierdzić w jednym przypadku przy badaniu pośmiertnem. Odma samoistna obciąża znacznie rokowanie, nietylko przez to, że przesuwa śródpiersie i utrudnia lub uniemożliwia rozwinięcie się płuca, powodując w pewnych wypadkach gromadzenie się wysięku jałowego, ale przedewszystkiem dlatego, że stwarza możliwość dodatkowych zakażeń jamy opłucnej, wychodzących z dróg oddechowych.

Wnioski lecznicze.

Na podstawie omówionych wyżej wyników i spostrzeżeń ustaliłem narazie następujący sposób postępowania przy leczeniu zachowawczem ropniaków opłucnych:

1) W przypadkach wywołanych przez gronkowca białego i pałeczkę Pfeifferowską ,wystarczy samo wypuszczanie wysięku, powtarzane, o ile możności, codziennie. Codzienne wypuszczanie ropy przeciwdziała nadmiernemu zakwaszeniu wysięku przez usuwanie rozpadłych ciałek białych.

2) W ropniakach pneumokokowych stosuję z początku przez pewien czas — 4 do 5 dni, codziennie, — przepłókiwanie jamy opłucnej rozczynem fizjologicznym soli kuchennej, a dopiero gdy nie da się stwierdzić w mazankach z wysięku aglutynacji pneumokoków ani ich fagocytozy, zaczynam po każdem przepłókiwaniu wstrzykiwać optochinę 5% w ilości 1 cm³ na 1 kg wagi dziecka, nie przekraczając jednak nigdy 10 cm³ i prowadzę to leczenie aż do wyjałowienia wysięku.

3) W ropniakach, wywołanych przez paciorkowca hemolitycznego i gronkowca złocistego, stosuję od początku przepłókiwania opłucnej 2‰ riwanolem.

4) Riwanol 2‰ stosuję również w tych przypadkach, gdzie przy istniejącej samoistnej odmie dołączy się zakażenie opłucnej innemi, zwykle mieszanemi, gnilnemi drobnoustrojami.

* * *

Kończąc tę pracę, pragnę złożyć serdeczne podziękowanie mojemu Szefowi Panu Profesorowi Drowi L e w k o w i c z o w i za zlecenie tego tematu oraz za nader cenne wskazówki i bardzo życzliwą pomoc.

Piśmiennictwo.

St. E d e r e r (Pecs): Klin. Wochschrft. Nr. 40. S. 1906. 1928. — R. G r a l k a (Wrocław): Monatschrift f. Kinderheilkunde. Bd. 23. S. 21/22. 1922. — K. L e w k o w i c z (Kraków): Pol. Gaz. Lek. Nr. 19 i 20. 1931. — T e n ż e: Pol. Gaz. Lek. Nr. 36. 1931. — T e n ż e: Pol. Gaz. Lek. Nr. 1 i 2. 1932. — P. W o r i n g e r (Strasbourg): Rev. francaise de Pédiatrie. 1927. T. 5. nr. 1. S. 60.

Dr. Stanisław BÜHN. Lwów.

Wyniki badań nad stosunkiem postaci prątka Kocha w plwocinie do przebiegu klinicznego gruźlicy płuc.

(Z Przychodni Przeciwgruźliczej Kasy Chorych we Lwowie).

Uważni badacze oddawna zwrócili uwagę na to, że prątki Kocha, stwierdzane w plwocinie gruźlików, odznaczają się rozmaitością swych postaci. P i e r y i M a n d o u l rozróżniali cienkie i długie postacie prątka, krótkie i grube. Każda z tych postaci może mieć budowę albo jednolitą, albo też może wykazywać ziarnistości, lub segmentowanie. Wytłumaczeniem tego zjawiska, oraz wyciągnięciem wniosków praktycznych dla kliniki gruźlicy zajmowano się bardzo niewiele. N e u m a n n zwraca uwagę na to w swym podręczniku, jako na dzielny środek pomocniczy przy klasyfikacji początkowej gruźlicy. Wedle tego autora, długie segmentowane postacie prątka spotykamy w sprawach początkowych, zaś w późniejszych okresach trzeciorzędowej gruźlicy znachodzimy prątki długie, lub krótkie jednolite. W i l c z y ń s k i (przyt. Neumann) stwierdzał prątki długie segmentowane w ciężkich postaciach gruźlicy, prątki o budowie jednolitej w postaciach dobrotliwych. Ostatnio sprawą tą zajmował się F u r m a n i doszedł do wniosków:

a) im cieńsze i dłuższe są prątki, tem bardziej czynny jest proces gruźliczy, a organizm mniej odporny; b) prątki krótkie i grube zachodzą w sprawach gojących się, lub w sprawach przebiegających przewlekle; c) im więcej zaznacza się w prątkach krótkich i grubych ziarnistość, tem spokojniej przebiega proces i tem większa jest odporność organizmu.

Zainteresowanie tem zagadnieniem z jednej strony, a rozbieżność zapatrywań badaczy z drugiej strony, skłoniła nas do przebadania w tym kierunku materjału Przychodni Przeciwgruźliczej Kasy Chorych we Lwowie.

Na naszą prośbę Laboratorjum Przychodni Przeciwgruźliczej Kasy Chorych we Lwowie w orzeczeniach swych notuje uwagi co do postaci znajdowanych w plwocinie prątków. Na tem miejscu niech będzie wolno złożyć podziękowanie WP. Dr. J. H e l l e r o w i, kierownikowi Laboratorjum, za bardzo życzliwe zajęcie się tą sprawą.

Ogółem przebadano 142 nowych chorych, którzy zgłosili się do naszej Przychodni z otwartą gruźlicą płuc w czasie od 1. I. — 1. XII. 1932. W tej liczbie stwierdzono u 33 prątki długie segmentowane, u 41 długie jednolite, u 8 krótkie segmentowane, u 50 krótkie jednolite, u 10 postacie mięszane.

Analiza poszczególnych grup przedstawia się następująco:

I. Prątki d ł u g i e j e d n o l i t e: stwierdzono u 41 chorych. Co się tyczy wieku chorych 32 było w wieku do lat 35 (przeważnie 18—26 r. ż.), 6 do lat 50, a 2 ponad lat 50. Przeważali mężczyźni (37 na 6 kobiet); 29 chorych było z miasta, zaś 14 pochodziło ze wsi. Odczyn Biernackiego tylko u 5 wykazywał stosunki prawidłowe, zaś u reszty przeważały liczby wysokie, maksymalnie 90 mm/g. Zato odwrotnie stany gorączkowe nie były wysokie. Wahały się pomiędzy 37.2°—37.6°, u nielicznych (2) wynosiły ponad 38°. Kontakt z gruźlicą, względnie gruźlicę w rodzinie wykazano jedynie u 7. Czas trwania choroby płucnej na podstawie bardzo skrupulatnie przeprowadzanych wywiadów, względnie zapisków Przychodni, dało się stwierdzić niewątpliwie u 29 chorych: do 4 miesięcy u 7, 1 rok u 7, 2 lata u 4, 3 lata u 4, 4 lata u 3, 6 lat u 2, 7 lat u 1, 8 lat u 1. U wszystkich chorych od lat 3—7 początkiem choroby było wysiękowe zapalenie opłucnej, które uważamy za początek schorzenia gruźliczego. Ciekawsze znacznie są zapodania chorych co do terminu pogorszenia, które zmusiło ich do szukania porady lekarskiej, oraz jego przyczyny i podłoża. Wystąpienie wyraźnych i typowych objawów gruźliczych datowało się od stosunkowo niedawnego czasu. U 8: od 4 tygodni, u 25: 1—3 miesięcy, u 8: od 4—7 miesięcy, zaś tylko u 2 ponad rok. Jako przyczynę pogorszenia spotykamy najczęściej „grypy", krwotoki, potem przepracowanie i porody. Segregując chorych tej grupy wedle postaci klinicznych, stwierdziliśmy: 6 przypadków gruźlicy serowatej, 2 nacieki świeże przy starych zmianach gruźliczych włóknisto-serowatych, 1 typowy naciek wczesny, 6 przypadków gruźlicy włóknisto-serowatej z objawami świeżego rozpadu, 4 przypadki gruźlicy włóknistej, 4 przypadki gruźlicy włóknisto-wrzodziejącej, 6 przypadków gruźlicy włóknisto-serowatej, 11 przypadków gruźlicy włóknisto-serowatej z jamami, oraz 1 przypadek gruźlicy włóknistej ze świeżem zakażeniem kiłowem.

Na podstawie powyższych danych możemy dojść do wniosku, że postacie prątków długich, jednolitych zachodzą u ludzi młodych, u których pierwsze początki choroby trwają od dłuższego czasu, u których jednak w okresie dość krótkim 1—7 miesięcznym, przyszło do nagłego zaostrzenia sprawy chorobowej, skutkiem skoku gruźliczego, krwotoku, porodu, przepracowania. Klinicznie przyczyną zaostrzenia są albo świeże zmiany naciekowe serowate, albo zmiany wrzodziejące, lub też tworzenie się jam. Wszystkie przypadki wykazują w badaniu klinicznem cechy gruźlicy postępującej.

II. Grupa chorych, u których znaleziono prątki d ł u g i e s e g m e n t o w a n e:

Obejmuje 33 chorych, w tem 23 mężczyzn i 10 kobiet. Wiek chorych: 20 do 35 r. życia (przeważnie 25—35 lat), 8 do lat 50, 5 w wieku ponad lat 50 (najstarszy lat 73). Z miasta pochodziło 28 chorych, ze wsi 5. Odczyn Biernackiego wykazywał stosunki prawidłowe u 15, przyśpieszony był u 18. U tych ostatnich przeważały cyfry niewysokie pomiędzy 20—40 mm/g. Kontakt z gruźlicą dało się wykazać tylko u 1 chorego z tego powodu, że z powodu bardzo długiego trwania choroby dane wywiadowcze, tyczące bardzo odległego czasu wstecz nie mogą być dokładne, zwłaszcza u chorych mało inteligentnych. Czas trwania choroby płucnej był podawany dość dokładnie. Dane takie udało się zebrać u 28 chorych. Stwierdziliśmy, że w tej grupie choroba trwała już latami: pół roku u 1, rok u 5, 2 lata u 4, 3 lata u 3, 4 lata u 3, 5 lat u 1, 6 lat u 2, 7 lat u 2, 13 lat u 1, 14 lat u 1. Zaś 5 chorych wogóle nie wiedziało, że cierpią na gruźlicę. Zostali oni wykryci przy masowych badaniach kontrolnych. Na wyraźne pogorszenie stanu chorobowego w ostatnim czasie skarżyło się tylko 2 chorych. Inni stwierdzali bądźto poprawę stanu zdrowia, bądźto stan zdrowia od lat nieulegający większym pogorszeniom. Tylko u 8 chorych stwierdzaliśmy stany podgorączkowe, reszta chorych nie gorączkowała. Jeśli podzielimy tę grupę chorych wedle dynamiki nasilenia procesu gruźliczego, to u 19 stwierdziliśmy procesy niezmienne, u 4 poprawę wybitną po odmie, cechującą się przejściem z okresu niewyrównania do okresu subkompensacji, u 5 proces bardzo przewlekle postępujący, a tylko u 5 proces w okresie widocznego pogorszenia i progresji, najczęściej po świeżo przebytem krwiopluciu. Co się tyczy postaci klinicznych gruźlicy, to u 9 stwierdziliśmy gruźlicę włóknisto-serowatą, u 6 gruźlicę włóknisto-serowatą z objawami retrakcyjnemi klatki piersiowej z powodu zrostów po przebytem zapaleniu opłucnej, u 8 gruźlicę włóknistą, u jednego gruźlicę włóknistą z objawami retrakcyjnemi, u 2 gruźlicę starczą włóknisto-serowatą, oraz u 7 wybitną poprawę kliniczną i uspokojenie procesu chorobowego po założeniu odmy sztucznej, jedno- lub obustronnej.

Na podstawie powyższych obserwacyj możemy stwierdzić, że postacie prątków Kocha długich segmentowanych zachodzą u chorych w wieku około lat 30, których choroba trwa kilka, lub kilkanaście lat, nie wykazuje żadnych objawów wybitnego pogorszenia w ostatnim czasie, zaś ma przeważnie charakter niezmienny *(stationarius)*, lub rzadziej przebieg bardzo przewlekle postępujący. Na założenie odmy przypadki te oddziaływują pomyślnie, uspokojeniem procesu chorobowego, choćby nawet nie udało się uzyskać zniknięcia prątków z plwociny.

III. Grupa chorych, u których stwierdzono w plwocinie prątki Kocha k r ó t k i e j e d n o l i t e, obejmuje 50 osób.

Wyniki analizy przypadków tej grupy przedstawiają się bardzo interesująco. Grupa ta obejmuje 33 mężczyzn i 17 kobiet, w tem 2 w wieku do lat 15, 15 do 35 lat 29, 36 do 50 r. ż. 15, ponad lat 50 — 4. Z miasta pochodziło 35 osób, ze wsi 15. Odczyn Biernackiego był prawie z reguły przyśpieszony wykazując u 29 chorych liczby wysokie ponad 40 mm/g, zaś tylko u 3 wykazywał stosunki prawidłowe, u reszty (18) wykazywano mierne przyśpieszenia do 40 mm/g. Ciepłota była niepodwyższona u 7 chorych, u reszty istniały wybitne stany podgorączkowe, zaś u niektórych wysokie ciepłoty, dochodzące do 40 stopni. U 11 chorych wywiady rodzinne co do gruźlicy wypadły w sensie dodatnim. Czas trwania gruźlicy u tych chorych był krótki: 4 tygodnie u 9, 2 miesiące u 1, 3 m. u 5, 4 m. u 1, 5 m. u 4, rok u 6, 2 lata u 8, 3 lata u 2, 4 lata u 1, 6 lat u 2, 7 lat u 1, 10 lat u 1. O istniejącej chorobie nie wiedział wogóle 1 chory, zaś u reszty (8) nie dało się pewnych wywiadów uzyskać.

Grupa chorujących ponad rok zawsze zapodawała dokładnie termin pogorszenia, które nastąpiło przed krótkim czasem od kilku tygodni do kilku miesięcy. Powody tych pogorszeń były: u 9 krwotoki, u 4 „grypa", u jednego świeża cukrzyca, u 1 nałogowe pijaństwo, u 1 wiek pokwitania, u 3 świeża gruźlica krtani.

Rozpatrując postacie kliniczne tych przypadków, stwierdzamy: albo zmiany gruźlicze świeże początkowe, albo też świeże zmiany przy starszej gruźlicy. Nacieków wczesnych znaleziono 4, świeżych jam po nacieku wczesnym 3, świeżych nacieków wczesnych przy starszych zmianach włóknisto-serowatych 1, świeżych jam przy starszych zmianach włóknisto-serowatych jednostronnych 14, świeżych jam przy sprawach włóknisto-serowatych obustronnych 2, świeżych owrzodzeń przy starszych zmianach włóknistych 6, świeżych wysiewów oskrzelowych przy starszych zmianach włóknistych 3, świeżych zmian krtaniowych gruźliczych przy starszych zmianach włóknisto-serowatych 3, zmian włóknisto-serowatych jednostronnych 4, gruźlicy włóknistej ze zrostami opłucnowemi i świeżą jamą 1. Razem 41 przypadków, w których albo wykazuje się całkiem świeże zmiany gruźlicze, albo świeże komplikacje, jak jamy, owrzodzenia, nacieki wczesne (wtórne) i aspiracje idące z oskrzeli, względnie powikłania ze strony krtani przy starszych zmianach włóknistych, lub włóknisto-serowatych. Zmiany włóknisto-serowate przeważnie są świeższe, jednostronne. Tylko u 9 chorych, a więc u około 20% przypadków stwierdza się starsze zmiany włóknisto-serowate obustronne (4 chorych) lub zmiany o charakterze *tbc. fibrosa diffusa* (5). Z tych ostatnich u 2 zmiany gruźlicze były połączone z objawami znaczniejszych zrostów opłucnowych po przebytem zapaleniu wysiękowem opłucnej.

Na podstawie powyższych obserwacyj dochodzimy do wniosku, że obecność w plwocinie postaci krótkich jednolitych prątka gruźlicy, cechuje początkowe okresy gruźlicy trzeciorzędnej, albo też pierwsze skoki chorobowe w postaciach gruźlicy, istniejących stosunkowo niedługo. Znaczna większość tych chorych nadawała się do leczenia odmą, co też zostało w praktyce u nich przeprowadzone.

IV. Znacznie rzadziej zachodzą postacie prątków k r ó t k i c h s e g m e n t o w a n y c h. W naszym materjale spotkaliśmy tylko 8 razy t. j. u 6% chorych.

Dotyczyły one 6 mężczyzn i 2 kobiet, których wiek był u 2 poniżej lat 20, u innych powyżej lat 40. Odczyn Biernackiego był u 3 prawidłowy, u 5 lekko przyśpieszony. Czas trwania schorzenia gruźliczego wynosił 1—2 lat. Z postaci klinicznych u 2 stwierdziliśmy procesy włókniste, u 6 procesy włóknisto-serowate niewielkich rozmiarów tak, że 4 z nich było leczonych odmą z wynikiem korzystnym.

Skąpa ilość przypadków nie pozwala na wysnuwanie daleko idących wniosków. Możemy jednak stwierdzić, że krótką i segmentowaną postać prątków spotykamy w nieco starszych postaciach gruźlicy włóknistej, lub włóknisto-serowatej trwającej od 1—2 lat, przebiegającej przewlekle i dającej dobre wyniki po leczeniu odmą.

V. Nie możemy ponadto pominąć faktu, że w pewnej ilości przypadków zachodzą kombinacje obu odmian prątka Kocha. U naszych chorych stwierdziliśmy je u 10 chorych, t. j. w 7%. Z tych kombinacyj spotkaliśmy trzy rodzaje: a) prątki jednolite krótkie i długie (5 przyp.), b) krótkie i długie segmentowane (4 przyp.), c) tylko jeden przypadek prątków jednolitych i segmentowanych krótkich.

Kombinację a) spotkano wyłącznie w ostro przebiegających świeżych sprawach serowatych, wysiewach idących od oskrzeli wzgl. przy powikłaniach jelitowych gruźlicy włóknisto-serowatej. Dwa przypadki leczone odmą skończyły się niepomyślnie. Na tej podstawie możemy przypuszczać, że taka kombinacja cechuje procesy złośliwie przebiegające.

Kombinacja b) tyczyła osobników po 40 r. ż. z przewlekle przebiegającą gruźlicą włóknisto-serowatą z objawami owrzodzeń lub rozpadu. Wyniki te zbliżają się do wyników uzyskanych w przypadkach, w których znaleziono prątki długie segmentowane.

Jeden przypadek kombinacji prątków krótkich jednolitych i segmentowanych dotyczył ostrej sprawy włóknisto-serowatej, trwającej od 3 miesięcy.

Pozostawiając na później opublikowanie obserwacyj na temat zmienności postaci prątków u tego samego chorego pod wpływem leczenia i t. d. zwróciliśmy uwagę na tych chorych, u których założenie odmy nie doprowadziło do zniknięcia prątków w plwocinie. Na 6 chorych tej kategorji stwierdzono przed założeniem odmy 3 razy prątki jednolite długie, a 3 razy jednolite krótkie. Z tej liczby u 4 chorych nastąpiła kliniczna poprawa po założeniu odmy. U tych chorych prątki zmieniły się na postać prątków długich segmentowanych. U 2 chorych, u których odma pozostała bez efektu leczniczego, postać prątków nie uległa zmianie.

Ze strony bakterjologów (Lubarsky, Tarasewitsch) znajdujemy potwierdzenie tych faktów. Twierdzą oni, że prątki długie są postaciami dojrzałemi, krótkie młodemi. W warunkach niekorzystnych dla swego rozwoju wykazują prątki ziarnistości. Ostatnio zajął się tą sprawą Kirchner z instytutu dla badania gruźlicy w Eppendorf. Ze strony eksperymentalnej nie można stawiać trudności usiłowaniom uzależnienia postaci prątka od rodzaju schorzenia gruźliczego. Z okazji badania wpływu surowicy na kultury prątków, wykazał ten badacz, że prątki mogą żyć w rozcieńczonej surowicy a nawet w nierozcieńczonej. Co ciekawsze wykazano przytem, że hodowle, które na zwykłych pożywkach odznaczały się niezmiennością postaci, zmieniały swą postać w różnoraki sposób, zależnie od rodzaju surowicy. Jednak niektóre z nich nie miały wogóle zdolności zmieniania postaci. Prątki przeniesione na inne pożywki odzyskiwały swoje dawne postacie. Dlatego też możliwym jest wpływ soków tkankowych indywidualnie różnych na postać prątków u danego chorego, zwłaszcza że dzisiejsze zapatrywania na przyczyny różnorakiego klinicznego przebiegu gruźlicy więcej wagi kładą na właściwości samego organizmu, niż na zjadliwość prątka Kocha.

Zapatrywania nasze możemy streścić następująco:

1. Przy badaniu plwociny na prątki Kocha należy zawsze baczną uwagę zwracać na postać prątka. Ma to znacznie ważniejsze znaczenie, niż praktykowane przez laboratorja oznaczanie ilości prątków w/g skali Gaffkego, który to sposób okazał się, zgodnie z zapatrywaniami innych autorów, praktycznie bez żadnego znaczenia.

2. Postacie prątków długich jednolitych spotykamy u ludzi młodych, chorych dłuższy czas na gruźlicę, u których przed 1—7 miesiącami przyszło do nagłego skoku chorobowego z powodu krwotoku, porodu, przepracowania i t. p., którego wyrazem są świeże nacieki serowate, lub zmiany wrzodziejące o charakterze gruźlicy postępującej.

3. Prątki długie segmentowane zachodzą u chorych starszych, u których proces gruźliczy trwa kilka do kilkunastu lat, posiada charakter niezmienny i nie wykazuje pogorszeń w ostatnim czasie; względnie są to przypadki przewlekle przebiegające. Na leczenie odmą chorzy tacy reagują pomyślnie.

4. Prątki krótkie jednolite zachodzą w początkowych okresach gruźlicy włóknisto-serowatej, lub przy pierwszych skokach chorobowych u chorych na gruźlicę od niedługiego czasu.

5. Prątki krótkie segmentowane zachodzą w dłużej trwających postaciach gruźlicy włóknistej, lub włóknisto-serowatej, o charakterze powolnie przewlekłym i dobrotliwym, niewielkich rozmiarów, w których leczenie odmą daje korzystne wyniki.

6. Postacie prątków mięszane długich jednolitych i krótkich cechują złośliwe postacie gruźlicy włóknisto-serowatej, lub serowatej, idące często w parze z powikłaniami jelitowemi. Kombinacje prątków segmentowanych cechują postacie dobrotliwsze i przewlekłe.

7. W miarę poprawy stanu chorobowego np. po założeniu odmy, prątki przybierają charakter segmentowany. Odwrotnie w razie braku poprawy, lub pogorszenia pozostaje ich charakter jednolity, lub mogą zpowrotem ze segmentowanych taki charakter przybrać.

8. Zastosowanie tych obserwacyj winno znaleźć miejsce zarówno w przychodniach przeciwgruźliczych, jak i w ręku lekarzy praktyków, którym sposób ten niekiedy może dać cenne wskazówki w połączeniu z wynikami innych badań, zwłaszcza o ile nie ma się możności częstego prześwietlania chorego.

Piśmiennictwo.

Neumann-Fleischner: Die Klinik der Tuberkulose Erwachsener. Wiedeń. 1930. — Furman: Die Tuberkulose. Nr. 7. 1932. — Kirchner: Die Tuberkulose 10. 1932.

SPRAWOZDANIA I KORESPONDENCJE.

Dr. Stefan Łukasz KWIATKOWSKI, Adjunkt kliniki. Lwów.

Wrażenia z zagranicznych klinik i szpitali.

(Paryż, Strassburg, Londyn).

Z Kliniki dermatologicznej U. J. K. we Lwowie.
Dyrektor: Prof. Dr. J. Lenartowicz.

Dokończenie.

c) *Instytut Vernes'a.*

Nie mogę zaprzeczyć, że jednym z instytutów, który w czasie mych studjów zagranicą najbardziej mi zaimponował, to Instytut Profilaktyczny w Paryżu. Kiedy poszedłem tam po 2-tygodniowym pobycie w Paryżu, oczekiwałem podobnego przyjęcia, co w Szpitalu św. Ludwika: a więc szorstkiej odpowiedzi infirmierki na uprzejme pytanie o jakąś informację, braku jakiegokolwiek zajęcia się przybyszem i zdania go na własną obrotność. W szpitalu św. Ludwika nie broni się wstępu obcym, każdy może wejść i na każdy oddział, bez zgłaszania się i przedstawiania. Ale też nie mówi się im, gdzie i co mają robić, jak pokierować swemi studjami. Potrzeba tygodni, aby zorjentować się, jak należy ułożyć sobie program zajęć. Oczekiwałem też u Vernes'a podobnie szarych, antycznych i smutnych budynków, podobnie prymitywnych urządzeń, jak w szpitalu św. Ludwika. Tymczasem wszedłem w inny świat i inną organizację. Nie spotkałem w Paryżu ludzi więcej uprzejmych i uczynnych, jak właśnie w Instytucie Vernes'a. Zaciekawiony jego oryginalnemi metodami i organizacją pracowałem w nim potem przez dłuższy czas (w godzinach popołudniowych) i miałem sposobność poznać go dokładniej. Poświęciłem mu osobny referat na posiedzeniach Lwowskiego Tow. dermatologicznego i lekarskiego. Referat ten ogłosiłem w Polskiej Gazecie Lek.[1]), wobec czego wspomnę na tem miejscu o Instytucie tylko słów kilka.

Instytut założony został w r. 1916 dla zwalczania chorób wenerycznych, a w szczególności kiły. Dyrektorem jego jest Dr. Vernes, człowiek bardzo zdolny i pracowity. Ciekawem jest, że poza zdolnościami naukowemi posiada on doskonały zmysł organizacyjny: wszak stworzył on Instytut dosłownie z niczego i w ciągu kilku lat doprowadził go do dzisiejszego stanu rozwoju!

Centrala Instytutu mieści się przy ul. d'Assas, gdzie w 3 gmachach mają pomieszczenie centralne laboratorja i przychodnie, załatwiające kilkuset chorych dziennie. Poza tem istnieje w Paryżu i jego najbliższych okolicach około 30 przychodni, korzystających z centralnego laboratorjum. Na prowincji i w kolonjach istnieje dziś ponad 60 filij Instytutu z własnemi przychodniami i laboratorjami. Rozwój więc iście amerykański.

---

[1]) Polska Gazeta Lekarska. 1932, nr. 42 i 43.

Leczenie kiły w Instytucie odbywa się wśród ścisłej kontroli krwi i płynu mózgowo-rdzeniowego według własnej metody V e r n e s'a [2]), dzięki czemu istnieje sprawdzian, czy lek działa, czy nie. Leczenie jest ciągłe i odbywa się bez przerwy serjami rtęci, bizmutu i nowarsenobenzolu naprzemian; trwa ono tak długo, póki krzywa surowicy ewentualnie i płynu mózgowo-rdzeniowego nie opadnie do normy t. j. do zera i na tym punkcie się nie utrwali. Wyleczenie kontroluje się wedle słynnej „reguły 8 miesięcy": prowokacja nowarsenobenzolem, potem przez 8 miesięcy co miesiąca kontrola krwi wreszcie i płynu mózgowo-rdzeniowego. Jeśli wszystkie te badania (po odpowiedniem leczeniu) dadzą wynik ujemny przy braku jakichkolwiek objawów klinicznych — uważa się pacjenta za wyleczonego. Jak wspomniałem, bada się często w Instytucie nietylko krew, ale i płyn mózgowo-rdzeniowy. Zabieg ten jest w Instytucie prawie niebolesny, ponieważ wykonywa się go cienką igłą, wkraplając przy wgłębianiu jej znieczulający roztwór stowainy.

Frekwencja chorych w Instytucie jest ogromna. W ciągu 16 lat leczyło się w nim blisko 150.000 chorych, wykonano półtora miljona zastrzyknięć, półtora miljona badań krwi i płynu mózgowo-rdzeniowego, wykonano 40.000 nakłuć lędźwiowych.

Stosunek lekarzy i pomocniczego personelu lekarskiego do chorych jest nietylko niesłychanie ludzki i uprzejmy, ale niemal przyjacielski: sami chorzy śledzą przebieg swej choroby, rozmawiają z lekarzami tak, jak z przyjaciółmi. Nigdy nie przerywają samowolnie leczenia, a po jego ukończeniu zgłaszają się sami i ze swemi rodzinami do kontroli. Organizacja Instytutu jest pod każdym względem wzorowa i tworzy doskonale zharmonizowaną całość, zapewniającą choremu nietylko jak najdokładniejsze badanie i leczenie, ale i dyskrecję. Stąd zaufanie, z jakiem odnoszą się chorzy do Instytutu i jego lekarzy, stąd pilność, z jaką się leczą. Jedną z zasad Instytutu jest, by chorzy *„n'aient ni à attendre ni à souffrir"!* Tak dalece są tam przestrzegane zasady ludzkości. Nic więc dziwnego, że ilość chorych leczonych w Instytucie wzrasta z roku na rok.

Nawiasem wspomnę, że poza metodą do badania kiły wprowadził V e r n e s własną metodę badania krwi u chorych na raka i gruźlicę. Zwłaszcza ta ostatnia metoda daje bardzo dobre i swoiste wyniki, często dodatnie jeszcze przed wystąpieniem objawów klinicznych. Znajduje też we Francji coraz rozleglejsze zastosowanie. I tak np. metodą tą badani są przed przyjęciem pracownicy Towarzystwa południowych linij kolejowych francuskich (P. L. M.).

Dużo uwagi poświęca się w Instytucie lekarzom obcym. Mają oni dostęp do wszystkich pracowni i ambulatorjów, każdy lekarz i infirmierka udzielają bardzo chętnie wszelkich wyjaśnień. Istnieje nawet specjalne laboratorjum dla tych lekarzy, którzy pragną zapoznać się praktycznie z metodą badań serologicznych i chemicznych; najmniejszy szczegół jest tam wyjaśniony i w ciągu krótkiego czasu można się doskonale wyuczyć całej techniki laboratoryjnej w najdrobniejszych jej praktycznych i teoretycznych szczegółach.

Z Instytutu Profilaktycznego w Paryżu wyniosłem jak najlepsze wrażenia, mogące się równać tym, które wyniosłem z

2. *Kliniki dermatologicznej w Strassburgu.*

Szpitale strassburskie tworzą małe miasteczko, rodzaj *„Cité"*, położonego w samem mieście, a jednak stanowiącego dla siebie odrębny świat, składającego się z pawilonów, w których mają pomieszczenie kliniki i instytuty medycyny teoretycznej. Wszystkie pawilony budowane są w jednym stylu, „alzackim", (oczywiście odpowiednio dostosowanym do wymogów nowoczesnego lecznictwa) i utrzymane w tonie czerwonym, tak charakterystycznym dla całego Strassburga. Każda klinika ma swój własny, malutki park, bardzo troskliwie utrzymany; wszystkie drogi na terenie szpitala są asfaltowane. Uderza wszędzie drobiazgowy ład, porządek i czystość.

Administracyjnie należą kliniki do „Opieki Społecznej" *(l'Assistance publique);* jako takie są więc równocześnie szpitalami miejskiemi. Ma to tę dobrą stronę, że korzystają nietylko z kredytów Ministerstwa Oświecenia publicznego, ale i z funduszów miejskiej oraz departamentalnej Opieki Społecznej; skupiają też cały materjał chorych z miasta i okolic. Jednak pewną jego ilość odciągają kasy chorych, zorganizowane — jak wspomniałem — na terenie Alzacji i Lotaryngji na wzór niemiecki.

Urządzenie wszystkich klinik, zwłaszcza tych, które zostały wybudowane już po powrocie Alzacji do Macierzy francuskiej jest wprost wspaniałe. To już nie te skromne, choćby były najbardziej nowocześnie urządzone szpitale paryskie! Zauważać się nawet daje pewien zbytek w ich urządzeniu i wyposażeniu. Wszystko białe, przestronne, lśniące, czyściutkie — nie ulega wątpliwości, że znać tu wielki wpływ budownictwa szpitalnego z za drugiej strony Renu. I organizacja jest w dużej mierze wzorowana na niemieckiej, poznać to na każdym niemal kroku.

Pracowałem w klinice Prof. P a u t r i e r'a, jednej z pierwszych klinik dermatologicznych europejskich. Zostałem tą kliniką olśniony: urządzona jest i prowadzona pod każdym względem wzorowo. Pomieszczona jest w 3 pawilonach: najmniejszy, w którym mieści się ambulatorjum, średni dla chorych stałych; oba te budynki, wybudowane jeszcze za czasów niemieckiej okupacji, ładne i czyste, ale nawet równać się nie mogą z trzecim, największym, wybudowanym przed 2 laty wedle planów samego P a u t r i e r'a. W budynku tym mieszczą się: oddział dla światłolecznictwa, sala wykładowa, bibljoteka, kancelarje, a przedewszystkiem wspaniałe i nawskróś nowocześnie urządzone i wyposażone laboratorja (chemiczne, bakterjologiczne, histologiczne, serologiczne, fotograficzne), będące chlubą kliniki. Widać, że Francja nie szczędzi pieniędzy dla odzyskanych prowincyj.

Organizacja pracy doskonała, ilość personelu lekarskiego i pomocniczego stosunkowo duża. Klinika strassburska jest bardzo pracowita i choć ma mały materjał chorych, przecież stoi obecnie bardzo wysoko. Zasługa to przedewszystkiem samego P a u t r i e r'a, dziś niewątpliwie jednego z najbardziej znanych i cenionych dermatologów całego świata. Człowiek ten żyje tylko swoją kliniką i dermatologją. Sam będąc bardzo pracowitym jest ogromnie wymagającym w stosunku do swych pracowników: poprostu jest się tam zmuszonym pracować, i to od rana do nocy.

Podobnie jak V e r n e s otacza P a u t r i e r ogromną opieką lekarzy zagranicznych; mają oni do swej dyspozycji wszystkie pracownie i urządzenia kliniczne, poświęca im się wiele uwagi, są traktowani z ogromną życzliwością. Widocznem jest na każdym kroku, że P a u t r i e r dba o to, by lekarze obcy, którzy u niego pracują, nietylko pracowali ale i n a u c z y l i s i ę jak najwięcej. To też wielu dermatologów, którzy przybyli dla studjów do Paryża — rzuca go i przenosi się do Strassburga.

System nauczania lekarzy jest ten sam, co w Paryżu: na wykładach poliklinicznych omawia się drobiazgowo każdego chorego i obszernie dyskutuje. Wizyty na salach chorych przypominały mi bardzo wizyty M a r i o n a i H e i t z-B o y e r'a: poprostu wykłady przy każdem łóżku. Nic więc dziwnego, że w tych warunkach można i m u s i się wprost wiele korzystać.

Nawiasem wspomnę, że nietylko dermatologja ale i cała medycyna strassburska stoi na bardzo wysokim poziomie i to zarówno kliniczna jak i teoretyczna (znany anatomo-patolog M a s s o n był profesorem w Strassburgu). To też przyjeżdża tam wielu lekarzy zagranicznych i na inne kliniki, zwłaszcza na dziecięcą, chorób nerwowych, przedewszystkiem jednak na chirurgiczną, której szefem jest głośny L e r i c h e. i na dermatologiczną. Odnosi się wrażenie, że w Strassburgu podały sobie ręce obie wielkie kultury: francuska, ze znanym swym i niezrównanym polotem myśli, tak niepospolitych oraz niemiecka — ze słynnym swym zmysłem organizacyjnym i systematycznością. Kompilacja tych dwu duchów dała w rezultacie znakomity uniwersytet a w szczególności medycynę strassburską.

* * *

Poza studjami klinicznemi i naukowemi nad dermato- i wenerologją poświęciłem w czasie swego pobytu we Francji dużo uwagi zagadnieniu walki z chorobami wenerycznemi. Temat to bardzo ciekawy lecz i obszerny, omówiłem go szczegółowo w specjalnym referacie (Pol. Gaz. Lek. Nr. 3 i 4). Brak miejsca nie pozwala mi tu nawet na jego streszczenie. Chcę tylko dodać, że bardzo wiele uwagi poświęca się we Francji nietylko sprawie kiły (zwłaszcza wrodzonej!) i gruźlicy, ale i macierzyństwu oraz dziecku. Istnieje szereg towarzystw o charakterze prywatnym i prywatno-państwowym, mających za cel ochronę i troskę o matkę i dziecko. Że dziecko otacza się we Francji ogromną opieką, widać to na każdym kroku, choćby obserwując w Paryżu, jak długi szereg samochodów w jednej chwili zatrzymuje się, by dziecko mogło bezpiecznie przejść jezdnię. Istnieje też intensywna propaganda na rzecz higjeny ogólnej, specjalnie swem ujęciem obrazkowem przeznaczona dla dzieci. Są to małe broszurki z licznemi ilustracjami (z reguły bardzo dowcipnemi i barwnemi) lub afisze, rozdawane

---

[2]) Jest to metoda skłaczkowania zapomocą wyciągu ze sproszkowanego serca końskiego (t. zw. peretynolu). Stopień skłaczkowania określa się fotometrycznie i wyraża go w cyfrach od 0 do 150, będących — wedle Vernesa — wyrazem nasilenia zakażenia kiłowego. Metoda ta jest dla kiły ściśle swoista i bardzo czuła. Wykonanie jej jest bardzo łatwe i dla uniknięcia pomyłek oraz indywidualnej oceny wyników zmechanizowane w najdrobniejszych szczegółach. Wymaga jednak całego szeregu aparatów i przyrządów, które wszystkie są pomysłu V e r n e s'a.

dzieciom w szkołach i objaśniane im przez nauczycieli. Wogóle na każdym kroku doświadcza dziecko we Francji nadzwyczajnej opieki zarówno ze strony społeczeństwa jak i Państwa i jest naprawdę „pierwszym obywatelem Rzeczypospolitej".

3. Szpitale londyńskie.

Jeśli w Paryżu, tak nam duchowo bliskim i tętniącym życiem czuje się przybysz takim osamotnionym i „zgubionym", to dopiero wylądowawszy po tamtej stronie kanału i wysiadłszy na *Victoria-Station* — jest początkowo przynajmniej całkiem bezradny. Jeśli ponadto chce zwiedzić szpitale londyńskie i oglądnie długi ich spis, rozsianych po wszystkich punktach tego olbrzymiego miasta — wtedy już całkiem nie wie, od czego zacząć.

Przedewszystkiem więc ze zdumieniem dowiaduje się, że niema w Londynie tego, co we wszystkich miastach europejskich jest ośrodkiem nauczania medycyny praktycznej, t. j. klinik. Bowiem system tego nauczania i wogóle system szpitalnictwa angielskiego jest zgoła odmienny niż we wszystkich innych państwach. Jedno i drugie jest całkiem p r y w a t n e. Student może się kształcić tam, gdzie mu się podoba i gdzie sam uzna za stosowne. Byle umiał i odpowiedział potem przy egzaminie rządowym. Stąd system „kolegjów": każdy większy szpital ma płatne swoje „kolegjum", t. j. rodzaj internatu, w którym mieszka i kształci się kilkunastu do kilkudziesięciu studentów. Kolegjum urządza wykłady, demonstracje chorych i badania praktyczne dla swoich wychowanków, uczy ich wykonywania zabiegów i t. p. Innemi słowy, każdy większy szpital ma swoje własne kliniki i laboratorja, w których kształcą się przyszli lekarze. Istnieje wprawdzie kolegjum zwane „uniwersyteckiem" *(University College-Hospital)* ale i ono jest tak samo prywatne, jak każde inne. O ile mogłem dowiedzieć się istnieje w Londynie 12 kolegjów medycznych.

We wszystkich szpitalach dermatologja traktowana jest wprost po macoszemu. Łóżek dla chorych skórnych jest znikomo mało i z reguły leżą oni na oddziałach wewnętrznych. W tak dużych szpitalach, jak np. *St. Marys-Hospital* i *Guy-Hospital,* mających tak świetnych i o światowej sławie dermatologów, jak Sir G r a h a m-L i t t l e i Dr. B a r b e r — istnieje zaledwie po .... kilka łóżek dla dermatologji.

Szpitale są prywatne, nietylko powstałe z fundacji ale i utrzymywane z datków dobroczynnych. Przy wejściach umieszczone są puszki i tablice, wzywające publiczność do wsparcia pieniężnego szpitala.

Pierwszem, co rzuca się w oczy dermatologowi w szpitalach londyńskich, to stosunkowo bardzo mała ilość chorych na kiłę. Byłem w Londynie w ambulatorjach dermatologicznych 11 dużych szpitali: na blisko tysiąc chorych widziałem zaledwie trzech z kiłą! Nie był to tylko przypadek, wszak widziałem materjał duży, w najrozmaitszych szpitalach, rozrzuconych w najrozmaitszych punktach miasta. Zato materjał dermatologiczny jest bardzo duży i ciekawy. Jest on inny niż w Paryżu: potwierdza się znane spostrzeżenie, że w rozmaitych krajach i miastach spotyka się rozmaicie często poszczególne schorzenia. I tak np. w Paryżu widzi się bardzo wiele świerzbu, wyprysku, liszaja czerwonego płaskiego, a stosunkowo mało łuszczycy, trądzika i t. d. W Londynie widzi się dużo chorych na wyprysk, trądzik, stosunkowo wiele nowotworów skóry. W Strassburgu spotyka się np. dość często zanik skóry typu Pick-Herxheimera, jednostkę chorobową, która w Paryżu i Londynie należy do wielkich rzadkości. To rozmaite pod względem geograficznym rozmieszczenie schorzeń skórnych zależy niewątpliwie od takich czynników, jak rasa, sposób odżywiania się, warunki pracy, klimat i t. d.

W poszczególnych szpitalach londyńskich ambulatorja dermatologiczne są czynne tylko 2 razy tygodniowo, zato w te dni ilość chorych jest ogromna. Materjał — jak wspomniałem — bardzo ciekawy i różnorodny. Odniosłem jednak wrażenie, że nie jest on należycie pod względem naukowym wyzyskany, a to z tej przyczyny, że niema odpowiednich urządzeń i nie można dowolnie przyjmować chorych na oddział, by poddawać ich szczegółowej obserwacji: wszak wszelkie wydatki są pokrywane z opłat składanych przez chorych oraz z datków dobroczynnych publiczności! Podziwiałem dermatologów angielskich, pracujących naukowo mimo tych trudnych warunków. Gdyby mieli do swej dyspozycji środki, któremi dysponują uczeni innych krajów europejskich, to przy dużej ilości chorych, jaką rozporządzają, doszliby niewątpliwie do jeszcze lepszych rezultatów.

Wspomnę jeszcze, że wszędzie i przez wszystkich przyjmowany byłem w Londynie z niezwykłą gościnnością, co zwłaszcza po przyjeździe z Paryża jest dla obcego miłą niespodzianką. Zawdzięczam to nietylko Królewskiemu Towarzystwu Lekarskiemu, które bez trudności wydało mi list polecający do lekarzy szpitalnych, ale i przysłowiowej a ogólnie znanej uprzejmości angielskiej. Pokazywano mi wszystko godne uwagi bardzo chętnie i właśnie temu zawdzięczam, że widziałem tak wiele i tak ciekawe przypadki chorobowe.

* * *

Oto moje spostrzeżenia i wrażenia ze studjów we Francji i Anglji. Niestety nie mogłem podzielić się wszystkiemi ze względu na brak miejsca. W każdym razie mogę stwierdzić, że wyjazd zagranicę kształci nietyle dzięki temu, iż widzi się coś lepszego, lecz dlatego, że spotyka się coś i n n e g o: innych ludzi, innych chorych, inne zapatrywania i metody. Ale jedna jest jeszcze korzyść, jaką odnosi się, zapoznając się z medycyną zagraniczną. Oto na każdym kroku stwierdza się, że nie wszystko jest tam lepsze, niż u nas. A przecież narody te mają o tyle starszą kulturę, niż nasza nie prowadziły tylu wojen, a przedewszystkiem nie zaznały nieszczęścia niewoli: mogły więc tem swobodniej i tem spokojniej rozwijać się. Mogę stwierdzić z całą stanowczością, że nasi uczeni, nasza medycyna, nasze kliniki i szpitale — stoją na bardzo wysokim poziomie; że pracuje się u nas równie wiele, a może nawet pod wielu względami i więcej i lepiej, niż tam. I bodaj, czy nie jest to największą korzyścią moralną, jaką się odnosi z wyjazdu zagranicę: naoczne przekonanie się i zrozumienie, że nauka polska mimo bardzo skromnych środków, jakiemi rozporządza — stoi narówni z nauką zachodnich krajów europejskich, przodujących w cywilizacji całego świata.

HIGJENA I WYCHOWANIE FIZYCZNE.

Dr. Rudolf STENZEL, lekarz pow. Radziechów.

Sporty i wychowanie fizyczne jako zagadnienie lekarza powiatowego.

Projekt regulaminu zwolnień od ćwiczeń fizycznych. (Dla wszystkich szkół powszechnych i średnich ogólno-kształcących).

Problem wychowania fizycznego naszej młodzieży jest tak konieczny i społecznie ważny, że dyskusja szersza na platformie ściśle naukowej jest zawsze aktualną.

Problem ten, opracowywany częstokroć bez lekarza, powoduje bardzo często szkody na zdrowiu, a przez to wypacza zupełnie ideę pedagogiczną. Ze stanowiska państwowego i rządowego należy się tą sprawą bardzo ściśle zająć, a to dlatego, ponieważ nieostrożne stosowanie gimnastyki i ćwiczeń fizycznych wśród młodzieży chorej, względnie niezdolnej do wysiłków fizycznych, sprawia szkodę wielką na zdrowiu, a nawet grozi śmiercią w ostatecznym rezultacie. Która młodzież powinna ćwiczyć a którą młodzież należy zwolnić od sportów i ćwiczeń fizycznych?

Oto problem, z którym dokładnie powinien być obznajomiony wychowawca fizyczny i lekarz szkolny. A jeśli lekarz powiatowy ma z obowiązku swego czuwać nad działalnością wszystkich lekarzy w powiecie, powinien dać lekarzom szkolnym taką instrukcję i takie wskazówki, żeby ci lekarze wiedzieli dokładnie, kogo mają zwolnić od ćwiczeń fizycznych.

Jeśli władze wojskowe określają zdolność i przydatność do służby wojskowej, wydając San. 5) ex 1924, obecnie San. 5) ex 30, jako przepisy sanitarno-wojskowe, określające warunki fizycznej zdolności do służby wojskowej, to również taki regulamin zwolnień od ćwiczeń fizycznych należy opracować dla młodzieży szkolnej, dla młodzieży rzemieślniczej lub dla hufców szkolnych, — jako jednolitą instrukcję obowiązującą tak, jak powyższa wojskowa, w całem Państwie. Zwalnianie młodzieży od ćwiczeń fizycznych odbywa się w obecnej chwili na podstawie zbyt łagodnych orzeczeń lekarzy nieurzędowych, często ze szkodą dla młodzieży.

Poniżej podaję zestawienie pewnych grup chorób, względnie stanów nienormalnych organizmu człowieka, które to stany cielesne uprawniają lekarza szkolnego i wychowawcę fizycznego do zwolnienia na stałe wychowanka, względnie wychowanicy od ćwiczeń fizycznych. W tem miejscu składam Kolegom-Specjalistom serdeczne podziękowanie za krytyczną pomoc i korektę.

Stany te chorobowe zestawiłem według 5 grup, celem łatwej orjentacji dla nielekarzy i wychowawców fizycznych.

Grupy te, o ile w sobie mieszczą dany stan chorobowy, wówczas stan ten należy uważać za przedmiot do gimnastyki leczniczej, ortopedycznej, względnie do leczenia klinicznego należący. Choroba zaś lub kalectwo, niedorozwój organizmu oraz inne stany chorobowe wymienione poniżej usprawiedliwiają dostatecznie zwolnienie od ćwiczeń fizycznych i gimnastyki szkolnej. Regulamin niniejszy tworzy tylko ustawę lekarską ramową, gdyż każdy organizm należy indywidualnie oceniać.

Pięć grup stanów nienormalnych, względnie chorobowych, ujmuję następująco:

1. Choroby wewnętrzne i stany upośledzenia rozwojowego;
2. Choroby chirurgiczne;
3. Choroby nerwowe;
4. Choroby oczne;
5. Okresy regularności u dziewcząt.

Zasadniczo młodzież musi brać udział czynny, względnie bierny w nauce gimnastyki. Udział bierny w gimnastyce bierze młodzież chorowita (przez notowanie wyników, przez przypatrywanie się, i t. p.). Od udziału zaś czynnego w gimnastyce zwalniają:

I.

Choroby wewnętrzne.

1. Słaba budowa ciała w znacznym stopniu (infantylizm, stan grasiczo-limfatyczny, astenja, ogólna wątłość).
2. Wady rozwojowe ogólne, i wady wrodzone w kośćcu z upośledzeniem ruchów fizjologicznych.
3. Stany gorączkowe i podgorączkowe w ogólności.
4. Stany pokrwotoczne i skazy krwotoczne; jako też stany niedokrwistości w stopniu znacznym, przy skłonności pękania naczyń krwionośnych.
5. Gruźlica w okresie czynnym.
6. Wady serca organiczne.
7. Wady serca funkcjonalne z łatwo pobudliwem tętnem z granicą szybkości tętna powyżej 100 na minutę.
8. Tętniaki i rozległe żylaki bez względu na swoje umiejscowienie *(Aneurismata et Varices)*.
9. Schorzenia narządu moczowego: białkomocz, sprawy zapalne dróg moczowych, krwawienia i cukrzyca.
10. Stany ozdrowienia po ostrych lub przewlekłych chorobach zakaźnych, jako też po chorobach niezakaźnych, w wymiarze maksymalnym zwolnienia do trzech miesięcy, o ile schorzenie nie pozostawiło po sobie trwałych, wyżej wymienionych zaburzeń.

II.

Choroby chirurgiczne.

1. Złamania kości kończyn, wyleczone, bez skróceń i bez upośledzeń sprawności sąsiednich stawów, nie wymagają zwolnienia od ćwiczeń fizycznych. Złamania jednak kości kończyn, wyleczone, ze skróceniem kończyny lub z upośledzeniem sprawności fizjologicznej w sąsiednich stawach, wymagają zwolnienia od normalnych ćwiczeń zbiorowych młodzieży.
2. Zapalenie kości ostre lub przewlekłe, wychodzące z okostnej, ze szpiku kostnego lub posiadające przetoki.
3. Zgrubienia kości po przebytych stanach zapalnych z upośledzeniem czynności kończyny lub części ciała (wyleczona gruźlica kości).
4. Gruźlica kości czynna (ropnie opadowe, obrzęk, gorączka).
5. Nowotwory kości.
6. Ubytki wrodzone lub nabyte kości czaszki, tętniące lub przepukliny mózgowe *(meningocoele)*, mające wpływ bezpośredni na mózg.
7. Zniekształcenia czaszki lub blizny, ściągające głowę, upośledzające ruchy głowy.
8. Znaczne zniekształcenie szczęk, stany ropienia z komór bocznych nosa lub ropienia z uszu.
9. Skrzywienie kręgosłupa znaczne lub umiarkowane, w którymkolwiek kierunku. Garby, gruźlica kręgosłupa.
10. Rozszczepienie kręgosłupa *(spina bifida)*.
11. Sztywność kręgosłupa *(spondyloarthritis deformans)*.
12. Zniekształcenia klatki piersiowej tylko w stopniu znacznym (klatka łódkowata).
13. Zniekształcenie obojczyka z utrudnieniem prawidłowych ruchów.
14. Brak kończyny lub niedorozwój kończyny, jako też zaniki mięśniowe kończyn nieuleczalne lub porażenia.
15. Skrzywienie kończyn dolnych z upośledzeniem fizjologicznej czynności stania, ruchu i chodu, kolana szpotawe *(genu varum)* i kolana koślawe *(genu valgum)* w znacznym stopniu.
16. Stopy koślawe *(pes valgus)* lub stopy szpotawe, Stopy płaskie utrwalone na obu nogach z wypukleniem kości skokowej i czółenkowej.
17. Brak 2 palców lub kciuka u którejkolwiek ręki.
18. Zesztywnienie palca ręki z przykurczeniem ponad kąt prosty w stawie podstawowym lub środkowym palca.
19. Zrośnięcie palców, względnie blizny samej ręki z upośledzeniem czynności i chwytu.
20. Brak trzech palców stopy lub palucha, przy równoczesnem upośledzeniu chodu.
21. Palce u nóg nadliczbowe lub przykrywające, upośledzające chód.
22. Zwichnięcie nawykowe lub wrodzone w stawach wielkich kończyn górnych i dolnych.
23. Paluch koślawy lub młotowaty, przykrywające się palce stóp, w stopniu znacznym z odciskami na grzbietach palców.
24. Zwichnięcie nawykowe w dużych stawach z upośledzeniem fizjologicznych czynności.
25. Blizny, zrośnięte z mięśniami, ścięgnami lub kośćmi, ograniczające swobodną ruchomość części ciała. Blizny pooperacyjne, świeże, dokładnie i silnie nieskonsolidowane, lub dotykające dużych naczyń krwionośnych albo pni nerwowych.
26. Ciała obce, wgojone w narządy klatki piersiowej, jamy brzusznej, mózgu lub w mięśnie, upośledzające czynność mięśni (stwierdzenie kliniczne lub promieniami Roentgena konieczne).
27. Przetoki ropne szyi i twarzy, wrodzone lub nabyte. Skrzywienie szyi *(torticollis)*, znaczne powiększenie gruczołów chłonnych szyi.
28. Braki lub zaniki mięśni z upośledzeniem równej w obu połowach ciała i swobodnej czynności kończyn lub części ciała.
29. Przepukliny, dające się w ogólności zewnętrznie stwierdzić, bez względu na wielkość i umiejscowienie.
30. Przeszkody mechaniczne w górnych drogach oddechowych, utrudniające ćwiczenia oddechowe, (polipy lub skrzywienia nosa, gruźlica lub wilk nosa, skrzywienia przegrody nosowej, twardziel, blizny po przecięciu tchawicy, modzelowatość krtani *(pachydermia)*, wole *(struma)*.

III.

Choroby nerwowe.

1. Niemota, głuchoniemota i upośledzenie słuchu, pochodzenia centralnego i obwodowego. Schorzenia mózgu i rdzenia, względnie pozostałości po przebytych cierpieniach.
2. Schorzenia nerwów obwodowych z upośledzeniem ruchomości i siły motorycznej mięśni.
3. Kurcze mięśniowe, pląsawica *(chorea)*, następstwa po nagminnem, śpiączkowem zapaleniu mózgu.
4. Padaczka *(epilepsia)* we wszystkich formach i upośledzenia psychiczne, jako też niedorozwój umysłu.
5. Ciężkie postacie nerwic czynnościowych, histerja, nerwica urazowa i neurastenja w ciężkiej formie.
6. Choroba Basedowa.

IV.

Choroby oczne.

1. Znaczne obniżenie bystrości wzroku, najmniej połowa prawidłowej bystrości wzroku, obuoczna krótkowzroczność lub nadwzroczność 6.5 D.
2. Brak lub ślepota jednej gałki ocznej.
3. Oderwanie siatkówki.
4. Zez zbieżny i rozbieżny w znacznym stopniu.
5. Porażenie mięśni oka, jako też porażenie nastawiania źrenicy, wskutek porażenia zwieracza źrenicy *(paralysis accommodationis)*.
6. Oczopląs.
7. Zniekształcenie powiek w którymkolwiek kierunku i przewlekłe zapalenia spojówek, o charakterze zakaźnym *(trachoma)*.
8. Zmętnienia środowisk, załamujących z obniżeniem bystrości wzroku do granicy wymienionej w punkcie 1.
9. Zapalenia ostre lub przewlekłe tęczówki, naczyniówki lub rogówki.

V.

Choroby kobiece.

1. Okresy regularności bolesnej lub normalnej u dziewcząt. (Konieczne wynotowanie przez nauczycielkę gimnastyki i lekarkę zakładu).

Powyższy projekt regulaminu zwolnień od ćwiczeń fizycznych obejmuje młodzież zorganizowaną w klubach sportowych, jako też dotyczy on młodzieży, stojącej pod ścisłym nadzorem fachowo-lekarskim w szkołach. Obecnie dodać muszę kilka uwag w sprawie ćwiczeń gimnastycznych i sportowych, które odgrywają rolę w wychowaniu fizycznem. Na pierwszy plan występują wstępne ćwiczenia oddechowe, które kształcić winny nietylko wdech przez nos, — a ni-

gdy przez usta, lecz co ważniejsze, mają kształcić dokładny wydech. Naturalną jest rzeczą, że ćwiczenia te winny odbywać się w atmosferze wolnej od pyłu i kurzu w salach gimnastycznych, o podłogach masą pyłochłonną napojonych. Ćwiczenia oddechowe mają pierwszorzędne znaczenie w higjenie gimnastyki i sportu. Jeśli zaś przyjmujemy jako zasadę, wziętą z życia nauki gimnastyki i sportu, że bieg i skok jest najlepszym ćwiczeniem oddechowem, to poza tem musimy przyjąć jako zasadę drugą, że ćwiczenie gimnastyczne w swym określonym ściśle czasie powinno się zacząć ćwiczeniem najlżejszem, następnie cięższem i najcięższem przy końcu ściśle określonego czasu. Ta rzecz pewnej gradacji *in maius* w ćwiczeniu łączy się ściśle z treningiem mięśnia sercowego, któremu na początku należy dać ćwiczenie najlżejsze, następnie coraz intensywniejsze. Ćwiczeniem oddechowem winno się z reguły zacząć każde ćwiczenie — gimnastyki, — a przy pewnych działach sportu specjalnie ćwiczenie oddechowe wymaga uwzględnienia. Kto nabędzie wprawy w regulowaniu oddechu, ten nabędzie siły i zdolności do uzyskania pewnych ściśle określonych celów sportu. Jedna uwaga dla wychowawców fizycznych w tem miejscu jest konieczną: Młodzież, która w czasie ćwiczeń nie oddycha nosem, lecz ustami, winna być bezwzględnie i kategorycznie skierowaną do lekarza.

W tem miejscu konieczną jest uwaga druga dla lekarzy urzędowych, którzy z urzędu badają gmachy szkolne, względnie lokale, w których bywają sporty. Dostateczna wentylacja, odpowiednio przygotowana podłoga, odpowiednia ilość światła i powietrza, względnie przydatność danego boiska dla gimnastyki, zbadanie otoczenia tegoż boiska, — to są wytyczne dane dla lekarzy urzędowych, którzy środowisko ćwiczeń fizycznych i środowisko, w którem sport bywa uprawiany, winni dokładnie zbadać, a w razie stwierdzonych usterek higjeniczno-sanitarnych winni skierować sprawę na drogę urzędową i nie pozwolić, by ćwiczenia cielesne odbywały się w środowisku nieodpowiedniem.

Młodzież ćwiczy mięśnie, które zasadniczo dzielimy na 2 grupy, a to: na mięśnie zginacze i tymże przeciwne, mięśnie wyprostowujące ciało ludzkie, względnie kończyny górne i dolne. Mięśnie te wykazują pewne charakterystyczne cechy, które powinny być dokładnie znane wychowawcy fizycznemu, względnie profesorowi gimnastyki i temu również, kto kieruje daną dziedziną sportu. Między temi dwoma grupami mięśni *(flexores et extensores)* panuje pewna niewspółmierność siły fizycznej. I tak mięśnie zginacze przeważają — pod względem siły motorycznej — nad wyprostnikami. O tem musi pamiętać każdy wychowawca fizyczny i w tym kierunku winna iść cała gimnastyka i ćwiczenia fizyczne, by mięśnie, zanikające wskutek nieczynności, względnie małej czynności pobudzić do życia intensywniejszego. Mięśnie zginacze należy bez kwestji również ćwiczyć, jednak nie należy im dawać przewagi w czasie uprawiania sportu lub w czasie gimnastyki i ćwiczeń fizycznych. Mała czynność pewnych grup mięśni, względnie nieużywanie tychże powoduje zanik mięśniowy, względnie niedorozwój *(atrophia ex inactivitate)*. Rzecz tę zrozumieli przed kilkunastu już laty wychowawcy fizyczni, którzy usunęli ze sal gimnastycznych ciężarki do rąk, gdyż wiedzieli, że mięśnie ciała równolegle zupełnie z mięśniem sercowym nie mogą równomiernie się rozwijać. Stąd wypływa pierwsza i zasadnicza metoda ćwiczeń fizycznych ciała, która uwzględni ćwiczenia wyprostne. Ćwiczenia wyprostne wciągną do pracy mięśnie te, które są słabsze w organiźmie ludzkim. Również ćwiczenia w drugiej grupie, ćwiczenia równoważne organizmu ludzkiego, również przyczyniają się do rozwoju mięśni wyprostnych *(m. extensores)*. Ćwiczenia z tych dwóch grup a mianowicie: ćwiczenia wyprostne i ćwiczenia równoważne muszą być szczegółowo uwzględniane przez każdego wychowawcę fizycznego.

Przejdziemy obecnie do najważniejszej części zasad gimnastyki i sportu, a mianowicie do zasad ćwiczenia mięśnia sercowego. Nadzwyczaj to ważny i odpowiedzialny dział gimnastyki i ćwiczeń fizycznych, — był on niejednokrotnie lekceważony, względnie za mało naukowo obrobiony. Wychowawca fizyczny wiedzieć musi, że nie ćwiczy on mięśni tylko kończyn górnych i dolnych, ale ćwiczy równocześnie mięsień sercowy, — a rzecz ta wymaga wytłumaczenia ściśle lekarskiego. Mięsień sercowy a szczególnie w zakresie lewej komory ulega przerostowi, jeśli nad gimnastyką i nad ćwiczeniem fizycznem nie panuje oko znawcy fizjologji mięśnia sercowego. Przerost lewej komory serca, tak często spotykany u młodzieży, — jest objawem złym, objawem chorobowym, z którym musi walczyć i lekarz szkolny i wychowawca fizyczny, jako też kierownik odpowiedzialny danej gałęzi sportowej, względnie nawet prezes danego klubu sportowego.

Sport i gimnastyka mają ludzi w zdrowiu wykształcić na lepszych osobników pod względem biologicznym i lekarskim, nie powinien sport lub gimnastyka ludzi kaleczyć w młodym wieku. Z tą sprawą przerostu lewej komory łączy się bardzo ściśle obecna rekordomanja, która ogarnęła naszą młodzież. Rekordomanja stała się dziś modną i jest czemś wysoce niewłaściwem. Zdobywać rekord jest rzeczą ze wszech miar chwalebną, jednak o ile branie rekordu nie zabija człowieka, względnie nie kaleczy go dotkliwie. Pewne działy sportu powinny być pod ścisłą kontrolą lekarza specjalisty, który specjalnie bada układ krwionośny, a szczególnie mięsień sercowy. Uprawianie sportu danego może być w wysokim stopniu rzeczą leczniczą i nawskroś rzeczą zdrowotną pod względem profilaktyki przed gruźlicą, a więc przy stanach gruźliczo-limfatycznych organizmów ludzkich. Gdzie serce jest małe, a naczynia krwionośne wąskie i delikatne, tam stosować sporty wymagające wysiłków, jak narciarski, wioślarski, pływacki, kolarski lub sport lekkoatletyczny, działający wprost leczniczo, a mianowicie w ten sposób, że ukrwienie i unaczynienie pewnych narządów ciała jest intensywniejsze. Sport i gimnastyka, działając na serce małe i wąskie naczynia, powoduje ich rozrost i powoduje ich lekkie rozszerzenie, co jest bardzo celowem w uodpornieniu człowieka przeciw gruźlicy wogóle. Mam własne dowody, że rodzeństwo pewnych rodzin wymierało na gruźlicę z wyjątkiem tych osobników, którzy ćwiczyli w młodości intensywnie. Jeżeli rekordomanję uważamy stanowczo za rzecz złą, — to przy stanach gruźliczo-limfatycznych i przy stanach pewnej skłonności do gruźlicy, — na swobodne uprawianie zawodnictwa zgodzić się można, lecz tylko i wyłącznie pod okiem lekarza-specjalisty, który określi możność brania udziału w zawodach ćwiczebnych i sportowych. Powyższy regulamin ramowy zwolnień od ćwiczeń fizycznych i gimnastyki powinien znaleźć się w rękach wychowawcy fizycznego, w rękach lekarzy szkolnych, dalej w klubach sportowych i dyrekcjach zakładów pedagogicznych, gdyż uczeń lub uczenica, mająca małą przepuklinę, wadę sercową lub zapalenie przewlekłe nerek i t. p. stany ćwiczyć stanowczo nie powinni i na podstawie wyżej wymienionych stanów chorobowych mogą zwolnić się od gimnastyki i od ćwiczeń fizycznych. Nie mogę szczegółowo uzasadniać poszczególnych chorób, wyżej wymienionych, względnie nienormalnych stanów organizmu, rzecz tę opieram na zdaniu specjalistów lekarzy i na własnem doświadczeniu pedagogicznem, na długoletniej pracy w szkole i przy komisjach poborowych, jako też na wzorze instrukcji wojskowej, która obowiązuje w całem Państwie. Ćwiczenia fizyczne, odbywające się w szkole lub pod okiem ukwalifikowanego wychowawcy fizycznego, daleko odbiegają od sportu, w którym człowiek jako jednostka jest częstokroć sam sobie pozostawiony. I jeśli sport np. wycieczkowy jest bardzo wskazany dla osób skłonnych do chorób płuc a do gruźlicy płuc w szczególności, to sport ten obok innych ciężkich sportów należy bardzo popierać, szczególniej u młodzieży obciążonej dziedzicznie skłonnością do gruźlicy. I przeciwnie organizmy duże ze skłonnością do tycia, o dużych sercach, o sercach po stanach chorobowych ostrych lub przewlekłych, dalej organizmy o mięśniu sercowym niejędrnym i niesystematycznie trenowanym, należy bez kwestji usunąć od gimnastyki intensywnej i od sportu. Trening mięśnia sercowego przy lekkiej atletyce i przy wszystkich prawie działach sportu wymaga kontroli lekarskiej, jeśli sport ma służyć dla dobra człowieka. Konieczną rzeczą jest w obecnej chwili zestawienie metody badania młodzieży w sposób uproszczony, — zdolnej i nadającej się do uprawiania danej gałęzi sportu.

Jeśli ćwiczenia fizyczne młodzieży są w obecnej chwili pod ścisłą kontrolą lekarzy szkolnych, to również poszczególne kluby sportowe winny mieć lekarzy i to kilku, by poddawać kontroli ćwiczących zawodników.

Rząd zaś, który rejestruje dokładnie T-wa społeczne i kulturalne, który czuwa nad wychowaniem fizycznem i nad racjonalnym rozwojem sportu, powinien z urzędu wymagać, by w gronie zarządu Towarzystw sportowych i gimnastycznych — był nie jeden lekarz, ale przynajmniej dwóch lub trzech, z których jeden powinien być specjalistą i znawcą układu naczyniowego, a dział dotyczący angjologji powinien opanowywać wyczerpująco. Lekarz klubu sportowego lub Twa gimnastycznego powinien być w pierwszym rzędzie propagatorem walki z bezkrytyczną rekordomanją wśród naszej młodzieży. Rząd nie powinien zezwolić na rejestrację takiego Towarzystwa gimnastycznego lub klubu sportowego, któryby nie miał w swym zarządzie odpowiedzialnych referentów lekarskich. Referenci ci lekarscy w klubach sportowych powinni być odpowiedzialni za to, że dany sport, któremu Klub lub Towarzystwo służy, nie będzie wypaczony w kierunku ujemnym dla zdrowia członków, tenże sport uprawiających.

Kończąc niniejszą pracę czuję się w obowiązku podziękowania tym kolegom specjalistom, z którymi poszczególne punkta stanów nienormalnych lub chorobowych szczegółowo omówiłem.

MEDYCYNA SPOŁECZNA.

„Opieka Zdrowotna" nad młodzieżą szkół wyższych.

P. Minister Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego wydał w dniu 22. grudnia 1932 r. okólnik o opiece zdrowotnej nad młodzieżą Szkół wyższych (Nr. IV. NS. 9320/32), w którym stwierdza niejednolitość organizacji tego działu pomocy młodzieży i zaleca odpowiednie środki zaradcze.

Wzorem dla organizacji ma być „Opieka Zdrowotna Lwowskich Szkół akademickich", której działalność od początku — jak opiewa okólnik — została oparta na racjonalnych zasadach.

Istotnie organizacji „Opieki Zdrowotnej" wszystkich Lwowskich Szkół akademickich nie dorównują instytucje tego typu w innych ośrodkach naukowych polskich i zagranicznych. Dziewiąty rok, w oparciu o kliniki uniwersyteckie i własne Sanatorjum w Mikuliczynie oraz w porozumieniu z Sanatorjami w Zakopanem spełnia „Opieka Zdrowotna" swą wielką rolę w leczeniu i zachowaniu zdrowia młodzieży akademickiej.

„Opieka Zdrowotna Lwowskich Szkół akademickich" jest dziełem Profesora Henryka Halbana, który przewodniczy Komisji Senatu akad. U. J. K. i kieruje jej pracami od szeregu lat. Zarząd „Opieki Zdrowotnej" sprawuje Komisja Senatu akad. U. J. K. dla spraw młodzieży przy współudziale delegatów Senatu Politechniki Lwowskiej i Grona Profesorów Akad. Med. Weterynaryjnej i Wyż. Szkoły dla Handlu Zagranicznego, jak również delegatów Towarzystw akademickich.

W okólniku swoim pisze Minister Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego:

Okólnik Nr. 184.

z dnia 22 grudnia 1932 r. (IV. NS. 9320/32) o opiece zdrowotnej nad młodzieżą szkół wyższych.

„Przy opracowywaniu projektów należy mieć na uwadze wypróbowane już z dodatnim rezultatem na terenie Lwowa następujące założenia organizacyjne:

1) skomasowanie różnych form i instytucyj pomocy zdrowotnej w każdej szkole oraz stworzenie jednej fachowo-prowadzonej instytucji pod nazwą „Opieka Zdrowotna" dla ogółu młodzieży studjującej bez różnicy płci, wyznania i narodowości,

2) w miastach o kilku szkołach wyższych, należy dążyć do stworzenia jednej międzyszkolnej instytucji, opartej o Wydział lekarski Uniwersytetu i kierowanej przez jednego z profesorów lub docentów tegoż Wydziału,

3) celem obniżenia kosztów prowadzenia różnych działów opieki lekarskiej wskazane jest stałe współdziałanie klinik uniwersyteckich oraz wszelkich przychodni i szpitali publicznych, państwowych, samorządowych i społecznych, może być również wyzyskany udział wojewódzkich i miejskich Wydziałów zdrowia i opieki społecznej tudzież instytucyj społecznych pomocy młodzieży akademickiej.

Opieka zdrowotna nad młodzieżą akademicką powinnaby objąć następujące zadania:

a) badanie zdrowia młodzieży przy wstępowaniu do szkoły i w czasie studjów,

b) lecznictwo domowe, ambulatoryjne, szpitalne, sanatoryjne i połączone z dostarczeniem środków i przyrządów leczniczych,

c) zakładanie i prowadzenie domów zdrowia i kolonij leczniczych,

d) nadzór lekarski nad domami, kuchniami i innemi instytucjami studenckiemi,

e) walka z chorobami społecznemi drogą propagandy i zapobiegania w poradniach przeciwgruźliczych i przeciwwenerycznych,

f) propaganda w kierunku podniesienia stanu zdrowotności wśród młodzieży przez polepszenie warunków mieszkaniowych, odżywiania i pracy,

g) prowadzenie wszechstronnej statystyki zdrowia młodzieży.

Podstawy finansowe dla tak pojętej akcji, szkoły państwowe znajdą w części Funduszu Opłat Studenckich, przeznaczonej na pomoc młodzieży, szkoły prywatne mogą u siebie wprowadzić specjalną opłatę od studentów na ten cel, poza tem zarówno w szkołach państwowych jak i prywatnych mogą być pobierane drobne opłaty tytułem częściowego zwrotu kosztów od korzystających z porad, zabiegów, lekarstw i innych świadczeń".

K.

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.
Piśmiennictwo polskie.

Patologja. Nr. 2. 1932. R. de Josselin de Jong: Marskość wątroby. Wątroba. (Tłum. z niemieckiego).

Życie dziecka. Nr. 1. 1933. H. Jawidzykówna: Dziecko unieruchomione. — J. Babicki: O wychowaniu.

Zdrowie. Nr. 1—2. 1933. M. Harusewicz: Opis 17 okręgu „Grochowa" m. st. Warszawy pod względem sanitarnym. — Fr. K. Cieszyński: Organizacja opieki nad noworodkami w Miejskim Zakładzie Położniczym im. Ks. A. Mazowieckiej w Warszawie. — Z. Rudolf: Znaczenie lasów podmiejskich dla higjeny miasta. — St. Matusiak: W sprawie kwalifikacyj kierownika Ośrodka Zdrowia. — Z. Rudolf: Walka z zadymieniem miast.

Medycyna. Nr. 3. 1933. P. Martyszewski: Leczenie gruźlicy płuc solami złota. — N. Przyłucki: O guzach przysadki mózgowej i ich leczeniu. — A. Goldburt: O zespole objawów „Iridocyclitis" i opuchnięcie gruczołu przyusznego oraz o chorobie Mikulicza. — S. Melcer i M. Melcer: W sprawie roli zakażenia zębowego w niektórych chorobach ogólnych i schorzeniach narządów odległych.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie. Nr. 7. 1933. — L. Justman: Klinika nieżytu przewlekłego żołądka. — L. Sellig: Radjodiagnostyka przewlekłego nieżytu żołądka. — T. Stryjecki: Zastosowanie odczynu Biernackiego w kile. — A. Banasz: Przyczynek do leczenia względnego nietrzymania moczu u kobiet. — H. Szpidbaum: Wpływ czynnika dietetycznego i rasowego na przemianę spoczynkową.

Wiadomości Farmaceutyczne. Nr. 8. 1933. J. Stępień: Kwas acetylo-salicylowy polskiej produkcji.

Wiadomości Lekarskie. Nr. 1. 1933. W. Melanowski: Ocena niezdolności do pracy w chorobach ocznych.

OCENY.

Kobieta i rozwój nauk lekarskich. Dr. MELANJA LIPIŃSKA. Wyd. Kasy Mianowskiego. Warszawa, 1932, str. 285, z ilustracjami.

Trudno jest pisać o autorce inaczej, jak z największem uznaniem. Najprzód dlatego, że praca jej powstała pierwotnie w Paryżu jako francuska *Thèse de doctorat* (1900), jako rozprawa doktorska, która obejmowała 586 str. druku — szczegół, w dzisiejszych czasach, gdy młodzież zabiera się u nas nareszcie do prac doktorskich, zasługujący na zaznaczenie. Praca naszej rodaczki została nagrodzona przez paryską Akademję Medyczną, a w r. 1930 ukazała się w II. wydaniu, zupełnie przerobionem, z ilustracjami, pod tytułem *„Les femmes et le progrès des sciences médicales"*. To II. wydanie ukazało się obecnie w języku polskim.

Ale jest jeszcze drugi tytuł, który musi zniewolić każdego do schylenia czoła przed twórczością autorki. Oto autorka od wielu lat pozbawiona jest wzroku i jedynie przy pomocy cudzej może zbierać literaturę i tworzyć. Ile w tem wszystkiem mieści się cierpliwości i wytrwałości, tego nawet zaznaczać nie trzeba.

Dzieło Lipińskiej jest monograficznem opracowaniem roli kobiety w dziejach medycyny, jedynem, jakie istnieje wogóle w literaturze światowej. Autorka omawia kolejno okres pierwotny, epokę starożytną, wieki średnie, dzieje nowożytne. Przedstawiając czasy nowożytne, autorka podaje obfite materjały ze wszystkich niemal krajów cywilizowanych. Jako Polka, umiała wysunąć i podkreślić znaczenie lekarek-Polek. Dzieło jest zajmujące, owiane duchem entuzjazmu. Każdy lekarz, a zwłaszcza każda lekarka znajdzie w niem piękną i pożyteczną lekturę.

Do usterek wydania zarówo francuskiego, jak i polskiego, należy brak skorowidza osób. Doskonale rozumiem nowe trudności, jakieby powstały przy układaniu skorowidza do dzieła, którego autorka sama pozbawiona jest wzroku, i bynajmniej nie podnoszę tego zarzutu pod adresem Czcigodnej Autorki, ale dziwić się należy, że firmy wydawnicze tak wytrawne, jak polska Kasa Mianowskiego i francuska Massona, nie postarały się o opracowanie skorowidza we własnym interesie. Dzieło bowiem historyczne, poświęcone specjalnie osobom, nabrałoby podwójnej wartości, gdyby te osoby, o których autorka mówi, były w dziele łatwe do znalezienia. Pragnąć tylko należy, ażeby firmy wydawnicze wydały indeks osób dodatkowo.

Wl. Szumowski (Kraków).

Rzeżączka i jej powikłania. (Traité de la blennorragie et de ses complications). GEORGES LUYS. Wydanie IV. Str. 684 z 235 rysunkami w tekście i 4 barwnemi tablicami. Wydawnictwo G. Doin'a i Ski w Paryżu, r. 1932.

Trzy poprzednie wydania francuskie tej książki, trzy angielskie, jedno hiszpańskie, już wyczerpane. Książkę nagrodziła paryska Akademja medyczna..... to chyba dosyć, aby do wydania czwartego tej książki i to wydania „przejrzanego, całkowicie przerobionego, poprawionego i powiększonego" przystąpić z pewnym zgóry powziętym szacunkiem i zgóry sobie wiele obiecywać. Z przedmowy dowiadujemy się, że autor zagadnieniem rzeżączki i jej leczeniem zajmuje się od lat 40, a więc rozporządza na tem polu doświadczeniem dużem, zna dobrze doniosłość rzeżączki i jej powikłań, a skutkiem tego i pod względem naukowym i praktycznym da całość o wysokiej wartości i przedstawi ją w sposób umiejętny. Można śmiało powiedzieć, że czytelnik nie doznaje zawodu, że znajduje w tym podręczniku rzecz opracowaną troskliwie i sumiennie, układ przejrzysty i jasny, ale przy tem wszystkiem nie może się oprzeć uczuciu, że — jeżeli nie rozporządza tą aparaturą leczniczą i nie opanuje tej techniki leczniczej, jaką autor uważa za konieczną w nowoczesnem leczeniu rzeżączki — to będzie chyba w większości przypadków bezsilny wobec licznych groźnych i niemal ustawicznie grożących powikłań rzeżączki i zadania leczniczego należycie nie spełni. Taki już wieje duch z tej książki, a to lekarza praktyka, i to praktyka nawet dobrze z leczeniem rzeżączki obeznanego w większości wypadków, jeżeli nie zniechęci, to z pewnością onieśmieli i zachwieje w nim wiarę w możliwość uleczenia rzeżączki sposobami prostszemi niż te, które podaje autor.

Nie można zaprzeczyć, że ostrzeżenie, które autor z naciskiem i często podkreśla, że rzeżączka jest chorobą poważną, jest słuszne, nie można jednak się zgodzić na to, że w leczeniu k a ż d e j rzeżączki zaniedbanie badania uretroskopem, cystoskopem, rozszerzadłami, zaniedbanie badania pęcherzyków nasiennych, nasienia i t. p. może choremu grozić stanem rzeżączki przewlekłej, mającej swe źródło w tych właśnie niedopatrzonych, czy niedostrzeżonych ogniskach chorobowych. Praktyka życia codziennego uczy, że — na szczęście — tak źle nie jest, i że przy wczesnem, troskliwem i dostatecznie długiem leczeniu, osiągamy wyniki dobre i wyleczenie niewątpliwe, a powikłania poważne i trudno uleczalne są stosunkowo rzadkie.

Ocena książki L u y s'a byłaby niesłuszna, gdybyśmy oceniali ją jedynie pod kątem widzenia lekarza praktyka, dermatologa. Autor nie pisze wprawdzie w tytule, dla kogo książka jest przeznaczoną, ale z treści jej i ducha wynika jasno, że wskazania lecznicze i zabiegi, oraz sposoby badania zainteresują głównie lekarza urologa. Część chirurgiczna w leczeniu rzeżączki i jej powikłań jest przedstawiona z wielkiem znawstwem, a przytem jasno, troskliwie i sumiennie. Tej części poświęca autor najwięcej miejsca w książce, a jeśli uwzględnimy oryginalność poglądów autora, niezwykle precyzyjne, przez niego obmyślane sposoby badania, czy zabiegów operacyjnych (zgłębnikowanie i przepłókiwanie kanalików i pęcherzyków nasiennych) oraz zapoznamy się z szczegółowym opisem przyrządów urologicznych jego pomysłu (wzierniki cewkowe L u y s'a) zrozumiemy celowość tytułu książki: *„Traité"*. Istotnie jest to „traktat" czyli „rozprawa naukowa" o rzeżączce i jej powikłaniach, a w tem znaczeniu i w tem ujęciu rozprawa, zasługująca na głębokie i szczere uznanie. Naukowe zatem ujęcie przedmiotu, drobiazgowe rozważania procesów chorobowych, ocena ich znaczenia, a nie strona dydaktyczno-praktyczna wybijają się w tej książce na plan pierwszy. Z niezwykłą drobiazgowością i z widocznem zamiłowaniem rozważa autor zagadnienie rzeżączki p r z e w l e k ł e j i jej powikłań, bo — jako urolog — w tym właśnie dziale może najwięcej podać pouczających spostrzeżeń z własnego bardzo bogatego doświadczenia. W tem oświetleniu pogląd jego, pozornie lekceważący, na skuteczność wkraplań *(instillatio)* podanych przez mistrza urologji Guyona, wkraplań tak przecież skutecznych i tak powszechnie stosowanych, nie będzie może uważany za lekceważenie samego zabiegu i jego skuteczności, ale za wskazówkę, że nowoczesnego terapeutę zadowolić nie może stosowanie samego zabiegu „na ślepo" i jego wynik leczniczy, ale upewnienie się badaniem endoskopowem cewki, czy wkraplanie, rozlewające się na c a ł ą powierzchnię cewki, dostatecznie niszczy p o s z c z e g ó l n e i r o z s i a n e ogniska chorobowe. Nie można mu też nie przyznać słuszności, gdy dowodzi, że przyżeganie j e d y n i e ognisk rzeżączkowych we wzierniku cewkowym jest bardziej celowe (str. 425), ale nie można się zgodzić, by w praktyce porzucać wypróbowany sposób Guyona, prosty i łatwy, dla osiągnięcia tego samego celu.

To jeden przykład zbyt ściśle teoretycznych, a niekoniecznie z praktyką zgodnych poglądów autora. Drugim przykładem może być zbyt skrajny pogląd jego na niebezpieczeństwo wstrzykiwań do cewki przedniej środków leczniczych powszechnie używanych, wstrzykiwań wykonywanych małą strzykawką przez samego chorego. Autor przecenia stanowczo niebezpieczeństwa tego sposobu leczenia, bo przecież wiemy, że leczenie to przeprowadzane umiejętnie i sumiennie daje wyniki dobre i nie naraża na powikłania. Dla przepłókiwań sposobem Janeta zakreśla znów (oczywiście na modę francuską) zbyt szerokie wskazania.

Wytrawny urolog i operator, nie liczy się z warunkami życia codziennego, dotyczącemi czy to lekarza praktyka, czy samego chorego.

Dalszym przykładem nieliczenia się ze względami praktycznemi jest polecanie przyrządów nowoczesnych, wygodnych może, ale kosztownych, z pominięciem prostych, łatwiej dostępnych i tańszych. I tak na str. 431 poleca autor do leczenia stercza ogrzewacze elektryczne, a nie wspomina ani słowem o prostym i praktycznym, łatwym do zastosowania wszędzie przyrządzie Arzbergera. Uretroskop jest — w pojęciu L u y s'a — w rozpoznawaniu chorobowych zmian rzeżączkowych i w leczeniu przyrządem niezbędnym. Zapatrywaniu temu daje wyraz dobitny w zdaniu: „Czem jest stetoskop dla serca, czem promienie Roentgena w złamaniach, tem uretroskop dla cewki moczowej" (str. 186).

Mnogość wyliczanych i szczegółowo opisywanych przyrządów, zdaniem autora, do skutecznego leczenia rzeżączki niezbędnych, wzbudzi z pewnością w każdym czytelniku, z leczeniem rzeżączki obeznanym, wątpliwość, czy istotnie trzeba i należy tak często uciekać się do tych bynajmniej nieprostych zabiegów leczniczych. Nasuwa się też pytanie, czy zalecane, a tak długo trwające postępowanie lecznicze, nie powiększy liczby neurasteników-wenereofobów, o których sam autor wspomina na str. 438, zaznaczając wyraźnie, że: „Zdarza się istotnie często, iż chorzy, przeważnie neurastenicy, tak przyzwyczaili cewkę moczową do licznych wygniatań i nieustannych zabiegów, że nawet wówczas, gdy niema już żadnej zmiany chorobowej w cewce, ich gruczoły cewkowe są jeszcze w takim stanie podrażnienia, że za najmniejszem dotknięciem zjawia się wydzielina przeźroczysta, ale przecież jeszcze dosyć obfita. Chorzy tacy niepokoją ustawicznie lekarza, nie chcą w żaden sposób uwierzyć, że są wyleczeni, biegają ustawicznie od jednego do drugiego specjalisty i stale mówią, że popełnią samobójstwo"...

Nie można niestety nie przyznać, że uwagi autora są uzasadnione, a przestrogę tę powinni dobrze sobie zapisać w pamięci ci, którzyby, opierając się na wskazaniach leczniczych autora, zbyt gorliwie, zbyt długo i zbyt często je stosowali.

Z temi wyżej wymienionemi zastrzeżeniami omawiana książka L u y s'a ma niezaprzeczoną i dużą wartość.

Rzeżączkę i jej powikłania omawia autor w 14 rozdziałach, w których oczywiście najwięcej poświęca miejsca rzeżączce przewlocznej i jej licznym powikłaniom. W pewnym niestosunku do innych, bardzo obszernie i bardzo szczegółowo omawianych działów, pozostaje ustęp rozdziału XII., omawiający rzeżączkę dzieci. Zagadnieniu temu poświęca autor 2 kartki (od str. 471—474 włącznie).

Poszczególnych rozdziałów wymieniać nie będę; znajdzie je czytelnik wyliczone kolejno przez samego autora w „Przedmowie", nadmienię tylko, że „Powikłania oczne rzeżączki" opisał w tej książce okulista F. T e r r i e n, „Powikłania sercowe rzeżączki" internista C. L a u b r y, a zagadnienie odpowiedzialności sądowej za zakażenie rzeżączką przedstawił zwięźle sędzia Trybunału cywilnego Sekwany R. J o l y.

Aby ocena omawianej książki nie była pobieżna i powierzchowna, zwrócę pod koniec uwagę na pewne niedociągnięcia i usterki.

I tak przy wyławianiu nitek z moczu radzi autor (str. 75) posługiwać się drucikiem platynowym lub szczypczykami, uprzedzając, że jest to praca żmudna, a nie wymienia sposobu najprostszego i najłatwiejszego. Przy wyławianiu nitek posługiwać się przecież możemy rurką szklaną, wyciągniętą w ostry koniec. Rurkę taką, zatkawszy jej górny koniec palcem wskazującym, wprowadzamy do naczynia z moczem, a nastawiwszy ją na nitkę, podnosimy palec zatykający. Ciśnienie powietrza wtłacza wówczas wraz z moczem do wnętrza rurki nitkę.

Omawiając na str. 133 i następnych próby 2—3 a nawet 7 szklanek wspomina o przepłókiwaniach cewki przedniej, a nie ostrzega przytem, że sposobami temi ł ą c z n i e z p r z e p ł ó k i w a n i e m należy posługiwać się jedynie w rzeżączce przewlekłej, a nie w okresie ostrym.

Nie można chyba zalecać do wstrzykiwań do cewki, jak to czyni autor, wymieniając na str. 306 stężenia poszczególnych leków, ichtarganu 2%-ego! lub wody utlenionej 3%-ej!, zwłaszcza gdy w spisie stężenie nowarganu, środka niedrażniącego waha się w granicach od 1 : 400 do 1 : 200.

Nie można bez zastrzeżeń zgodzić się na przyżeganie skóry worka mosznowego znieczulonej chlorkiem etylu (str. 521). W omawianiu rozpoznania rzeżączkowego zapalenia stawów i odróżnianiu go od zapaleń stawów o innej etjologji nie wspomina autor o posługiwaniu się w tym celu sposobem wiązania dopełniacza, mimo

że sposób ten oddaje zwyczajnie cenne usługi rozpoznawcze. Książka jest, jak wspomniano wyżej wydaniem IV-em „poprawionem i powiększonem", mimo to autor stosunkowo rzadko powołuje się w przytaczaniu odnośników na piśmiennictwo nowsze, natomiast bardzo często na piśmiennictwo dawniejsze z przed 20, 30 a nawet więcej lat. Na str. 87 w odnośniku u dołu podano mylnie, że pracy Ossipowej szukać należy w tomie XXXV *Dermat. Wschr.*, gdy w rzeczywistości pracy należy szukać w tomie LXXXV tegoż czasopisma.

Książka wydana jest bardzo starannie; druk i ryciny bardzo dobre; korekta pozostawia jednak wiele do życzenia. Ograniczę się do niewielu tylko wytknięć: na str. 93 pod ryciną 35 powinno być *„Wossidlo"* a nie *„Wossidol"*; właściwe nazwisko autora, który opisał gruczoły przycewkowe jest „S k e n e" a nie „S k e e n e" (str. 466); pod ryciną 43 powinno być słowo *„couches"* (warstwy), a nie *„coudes"* (łokcie); pod ryciną 67 *„lombriecs"* (glisty) a nie *„lombrines"*; na str. 99 zamiast *„les urines"* powinno być *„les urétrites"*; na str. 534 w odnośniku na dole winno być *„Extrait"* a nie *„Extait"*; na str. 635 winno być *„capitale"* a nie *„capiaale"* i t. d. Te dosyć liczne pomyłki nieuwzględnione w korekcie psują piękny i potoczysty język oraz styl przystępny, żywy i jasny, jakim książka ta jest napisana. *J. Lenartowicz* (Lwów).

Wskazówki wczesnego rozpoznawania raka. (Anleitung zur frühzeitigen Erkennung der Krebskrankheit). Profesorowie BEST, FROMME, PAYR, ROSTOSKI, SAUPE, SCHMORL, TONNDORF, WARNEKROS. Lipsk 1932. S. Hirzel. Str. 134. Cena 3 marki niemieckie.

Treściwy podręcznik, opracowany za staraniem Krajowego Saskiego Komitetu badania i zwalczania raka przez specjalistów, których większość nosi nazwiska znanych i zasłużonych badaczy i doświadczonych klinicystów, przeznaczony jest dla lekarzy praktycznych. W ich ręku bowiem leży najważniejszy dziś środek, mogący polepszyć wyniki lecznicze, to jest wczesne rozpoznanie nowotworu i niezwłoczne skierowanie chorego do leczenia czyto operacyjnego, czy promieniami Roentgena lub radem, czego lekarz-praktyk prawie nigdy sam przeprowadzić nie może. Niepodobna oczywiście streścić tu książeczki, która składa się z mnóstwa praktycznych wskazówek, zestawionych już jak najkrócej. Zasługuje jednak na wzmiankę praktyczny jej układ, polegający na tem, że naprzód podano ogólną diagnostykę nowotworów z praktycznemi wskazówkami, jak w przypadkach nowotworów wogóle postępować, co w razie rozpoznania należy choremu powiedzieć, które zabiegi są wtedy zakazane, jako wręcz bardzo szkodliwe, jakie przypadki nie nadają się do operacji, jak wykonywać wyniki próbne i jak z niemi postępować (przesyłać do badania histologicznego należy je zawsze w formalinie 4% lub w ostateczności w alkoholu, nigdy zaś w stanie świeżym, ani w rozczynie fizjologicznym soli, czy też w pospolitych rozczynach przeciwgnilnych!); w osobnym ustępie zestawiono wskazania do leczenia energją promienistą. W drugim rozdziale podano wskazówki wczesnego rozpoznawania wedle układów tkankowych (powłoki skórne, błony śluzowe, mięśnie, nerwy, gruczoły i t. p.), a w trzecim — wedle poszczególnych narządów i okolic ciała (głowa, szyja, tułów, kończyny — jama ustna, przełyk, żołądek i t. d.). W ten sposób, z pomocą jeszcze alfabetycznego spisu, łatwo i prędko odszukać można w książeczce ustęp, w danej chwili pożądany.

Jest niezaprzeczonym faktem, że chirurdzy i rentgenologowie widzą chorych na nowotwory po raz pierwszy czasem w okresie posuniętym, a przynajmniej stosunkowo późno, gdy widoki wyleczenia już się bądź co bądź pogorszyły. Może się to znacznie poprawić, jeżeli nowoczesne postępy diagnostyczne dojdą do wiadomości ogółu lekarskiego w postaci podręcznika krótkiego i dogodnego. Dopóki więc nie będzie takiego oryginalnego podręcznika polskiego, odda i u nas podręcznik saski niewątpliwie wielkie usługi i powinienby znaleźć się w ręku każdego lekarza-praktyka, władającego językiem niemieckim. Wartoby zaś pomyśleć albo o polskiem podobnem dziełku, albo przynajmniej o przetłumaczeniu na polskie omawianych tu „Wskazówek".

Ciechanowski (Kraków).

Podręcznik semjotyki klinicznej. (Précis de Clinique Sémiologique). GASTON LYON. Wydanie II. Masson. 1932. Str. 868.

Książka powyższa wychodzi już w 2-iem wydaniu z pod pióra znanego francuskiego klinicysty. Stanowi ona wprowadzenie do pracy w oddziałach klinicznych dla studentów medycyny, którzy posiadają podstawowe wiadomości z patologji, lecz brak im znajomości metodyki badania klinicznego i toku myślenia przy łóżku chorego. Kolejno przechodzi autor bieg badania klinicznego: wywiady, badanie poszczególnych narządów, badania laboratoryjne, ogólnie i krótko omawia zasady prognostyki oraz sposoby leczenia. Styl jasny, lekki. Liczne przykłady zaczerpnięte z praktyki własnej ilustrują ważność poszczególnych objawów lub trudność rozpoznania. Książka Lyona jest godną polecenia przedewszystkiem studentom medycyny jako wstęp do klinicznej części studjów. Wiele korzyści z jej lektury odniesie i lekarz, gdyż autor uwzględnił nawet najnowsze metody badania klinicznego i omówił ich wartość. *W. Grabowski* (Lwów).

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Biologja.

Wpływ naświetlania różnemi kolorami na wzrost i rozwój organizmów zwierzęcych i roślinnych. HEINZ KüSTNER. Mschr. f. Geb. u. Gyn. T. 90, z. 1—2.

Na wstępie zaznacza autor, że zagadnienie wpływu różnych kolorów na ustrój żyjący dotychczas poza małemi wyjątkami nie było poruszane. Następnie przytacza wyniki szeregu swoich badań nad wpływem promieni świetlnych o różnej długości na ustrój zwierzęcy i roślinny. Szczególnie dodatni wpływ okazywały promienie czerwone i pozaczerwone. W tem świetle myszki rosły o wiele szybciej, niż myszki naświetlane innemi kolorami. Bardzo niekorzystnie wpływa na wzrost naświetlanie lampą kwarcową. Autor jest zdania, że światło czerwone posiada szczególną właściwość uczynniania hormonu wzrostu, podczas gdy promienie, zbliżające się do fiołkowych i pozafiołkowych poraliżują działalność hormonu wzrostu. Również i odczyn ciążowy Aschheima-Zondeka przyśpiesza się wybitnie, o ile zwierzęta doświadczalne wystawimy na działanie promieni czerwonych. To dowodziłoby również wpływu aktywującego tych promieni na hormony, zawarte w moczu ciężarnych.

W dalszej serji doświadczeń (szczegóły, które należy przeczytać w oryginale), autor badał wpływ promieni o różnej długości na wzrost zboża. Otóż i tu światło czerwone przewyższało wszystkie inne pod względem pobudzania roślin do wzrostu. Szczególnie szybki wzrost zaznaczał się po dodaniu do kiełkujących ziarn moczu ciężarnych. Różnice we wzroście roślin po dodaniu moczu ciężarnych i nieciężarnych z równoczesnem naświetlaniem innemi barwami nie występowało zupełnie. Stąd wynika możliwość stworzenia nowej próby ciążowej. Autor jednak zaznacza, że technicznie próba sama byłaby nieco kłopotliwą, chociaż o wiele tańszą, niż próba Aschheim-Zondeka.

Z badań tych wynika, że światło czerwone okazuje wpływ wybitnie uczynniający hormony. — Nie jest to bez znaczenia i dla celów praktycznych. W niektórych przypadkach krwawień macicznych na tle niedomogi jajnikowej, autor uzyskał wybitną poprawę, stosując naświetlania promieniami czerwonemi. Dalszych wyników leczniczych autor narazie nie podaje, ponieważ prace te dopiero rozpoczęto.

Pod koniec autor przestrzega przed zbyt lekkomyślnem stosowaniem lampy kwarcowej, gdyż według jego badań promienie pozafiołkowe hamują czynność hormonów, a nawet niszczą je. W każdym razie błędem byłoby identyfikowanie światła lampy kwarcowej ze słońcem wysokogórskiem, gdyż w tem ostatniem, prócz promieni zbliżających się do części fiołkowej widma, znajdują się wszystkie inne promienie, a więc i czerwone.

Dr. Lenczowski (Lwów).

Wpływ odżywiania się matki na rozwój płodu. P. JONEN. (Monachjum). Ztschr. f. Geb. u. Gyn. T. 103. z. 1. 1932.

Autor przeprowadzał badania na królicach, które po zapłodnieniu przez kilka dni poddano głodówce, a później zabito. Płody zważono, zmierzono i stwierdzono w stosunku do płodów kontrolnych obniżenie się wagi o 33,71%, a wzrostu o 14,07%. Badania chemiczne wykazały w pozostałej suchej reszcie po głodujących królicach jeszcze 25% tłuszczów, które według dawniejszych badań autora wystarczyłyby samicom jeszcze na jakie 4 dni życia. Tłuszcze te mogły były być zmobilizowane i krwiobiegiem przejść do płodu. Wobec tego należało przypuszczać, że zaburzenia rozwojowe płodu nie były uwarunkowane ilością substancyj odżywczych. Dowiodły tego dalsze doświadczenia, w których królice po zapłodnieniu karmiono owsem, nie zawierającym jak wiadomo witamin A i C. Płody urodzone na czasie okazywały jeszcze większe zaburzenia rozwojowe. Waga ich wynosiła zaledwie 60% a wzrost 40% w stosunku do płodów kontrolnych. Rozstrzygającym czynnikiem nie jest więc ilość, ale jakość otrzymanego pożywienia. Doświadczenia te dowiodły, że odżywianie organizmu matczynego ma bezwarunkowo wpływ na rozwój płodu. Autor sądzi, że taki sam wpływ istnieje także u ludzi. Statystyki z czasów wojny są według autora tylko pozornie sprzeczne z jego twierdzeniem. *Zb. Rychlowski* (Lwów).

Związek morfologiczny między ciałkiem żółtem a aparatem pęcherzykowym w czasie ciąży. BöRNER i KLINK. Mschr. f. Geb. u. Gyn. T. 90, z. 1—2.

Badania autorów dotyczą zmian drobnowidowych aparatu pęcherzykowego i ciałka żółtego w różnych miesiącach ciąży, oraz ustalenia ich wzajemnej zależności. Materjał obejmował jajniki z 39 przypadków, poczynając od wczesnej ciąży, a kończąc na ciąży donoszonej. Naogół dała się stwierdzić równorzędność zanikania ciałka żółtego i powstawania pęcherzyków zanikających. W miarę trwania ciąży ilość pęcherzyków rosnących i osiągających wyższy stopień rozwoju zwiększała się tak, że pod koniec ciąży w jednym przypadku autorzy naliczyli w obu jajnikach 60 pęcherzyków prawie dojrzałych. Nigdy jednak, dopóki ciąża trwa, nie dochodzi do wytworzenia się pęcherzyków, gotowych do pęknięcia. Natomiast po porodzie lub poronieniu już w kilka dni może wystąpić owulacja. Pęcherzyki w ciąży ulegają zasadniczo przemianie w pęcherzyki zanikające. Ta zdolność do przeistaczania się w pęcherzyki zanikające szczególnie silnie zaznacza się w późniejszych miesiącach ciąży, a więc przejawia się przedewszystkiem na pęcherzykach prawie dojrzałych. Proces zanikania polega na zwyrodnieniu komórki jajowej i komórek błony ziarnistej. Do tego procesu dołącza się w późniejszych miesiącach ciąży luteinizacja otoczki wewnętrznej i gromadzenie się kulek koloidowych wewnątrz pęcherzyka. Autorzy podkreślają, że obie te ostatnio wymienione przemiany idą w parze z zanikiem ciałka żółtego i dlatego mogą być uważane za procesy wspomagające wygasającą czynność ciałka żółtego. *Dr. Lenczowski* (Lwów).

Przejmowanie rozłożonych ciał białkowych przez łożysko. W. BICKENBACH i H. RUPP. (Bonn). Ztschr. f. Geb. u. Gyn. T. 103, z. 1. 1932.

Dla stwierdzenia, czy płód otrzymuje ciała białkowe z krwi matczynej podobnie jak tłuszcze i węglowodany drogą dyfuzji przez łożysko, wykonali autorzy szereg doświadczeń na królicach i sukach. Okazało się, że wstrzyknięty dożylnie do organizmu matki glykokol przechodził natychmiast do krwiobiegu płodu. Również i dwupeptyd glycylglycynę wykazać było można w krwi płodu bezpośrednio po wstrzyknięciu w żyłę matczyną. Doświadczenia te dowodzą, że znajdujące się w krwi matki kwasy aminowe przechodzą z łatwością przez łożysko. Przejście to odbywa się drogą dyfuzji bez czynnego współudziału nabłonka kosmówki. Fakt, że i dwupeptyd glycylglycyna przeszedł również drogą dyfuzji do krwiobiegu płodu, wskazuje na to, że łożysko nie rozbija niezupełnie rozłożonych peptydów na aminokwasy. Wkońcu dowodzą jeszcze powyższe badania, że zapotrzebowanie płodu na azot pokryte zostaje przez aminokwasy krążące w krwi matki.
Zb. Rychłowski (Lwów).

Czy łożysko rozkłada białko matczyne dla płodu? H. RUPP i W. BICKENBACH. (Bonn). Ztschr. f. Geb. u. Gyn. T. 103, z. 1. 1932 r.

Chcąc się przekonać, czy łożysko trawi białko znajdujące się w krwi matczynej, by ułatwić jego przyswajanie przez płód, wykonali autorzy szereg doświadczeń na królicach. Wstrzykiwali mianowicie ciężarnym królicom dożylnie organiczne połączenia białka z bromem, i badali następnie zmiażdżone płody na zawartość bromu. W żadnym przypadku bromu nie wykazano. Wynika z tego, że łożysko nie odgrywa czynnej roli w przyswajaniu białka matczynego przez płód. *Zb. Rychłowski* (Lwów).

Badania nad fizjologją pracy u ciężarnych. H. KRUKENBERG. (Bonn). Ztschr. f. Geb. u. Gyn. T. 103, z. 1, 1932.

Przy pomocy flebotonometra Moritza i Tabory badano u szeregu kobiet w ciąży i poza ciążą ciśnienie żylne i stwierdzono: 1) że wynosiło ono u ciężarnych średnio 56,9 mm H_2O u nieciężarnych średnio 49,2 mm H_2O, 2) że praca statyczna (trzymanie ciężarków) powoduje u jednych i u drugich wzmożenie się ciśnienia żylnego, 3) że praca dynamiczna (wchodzenie po schodach) podwyższa ciśnienie żylne u nieciężarnych, obniża je natomiast u ciężarnych. *Zb. Rychłowski* (Lwów).

Patologja.

Ból trzewiowy. DAVIS, POLLOCK, STONE. Surg. Gyn. a. Obst. LV. 1932.

Doświadczenia autorów mają na celu wykazanie, czy rozciąganie pęcherzyka żółciowego przy przeciętych nerwach międzyżebrowych wywołuje ból. W 48 do 72 godzin po przecięciu wspomnianych nerwów (12 do 14) odsłaniano pęcherzyk żółciowy bez znieczulania powłok brzusznych, otwierano i wprowadzano do niego balon gumowy z przewodem, który wypuszczano nazewnątrz, następnie czekano na zupełne wyzdrowienie zwierzęcia. Autorowie powtórzyli znane już doświadczenie dowodzące, że przecięcie prawego nerwu trzewiowego znosi ból i odruch oddechowy, przecięcie zaś lewego nerwu tego odruchu nie usuwa. Autorowie stwierdzili, że przecięcie przednich korzonków nie znosi odruchu, jak również nie znosi go przecięcie nerwu przeponowego, splotu barkowego, szyjnego spółczulnego, zwoju gwiaździstego i nerwu błędnego.

Ponieważ jednak rozciąganie pęcherzyka u zwierzęcia z przeciętemi nerwami międzyżebrowemi wywołuje odruch oddechowy, jednak mniejszy aniżeli u zwierząt normalnych — przystąpili autorowie do wykonania ściślejszych doświadczeń używając nikotyny (0,1 mg na kg). Po podaniu nikotyny stwierdzono, że rozciąganie pęcherzyka nie powoduje odruchu, który z łatwością da się wywołać przez ucisk palców. Dalsze badania w toku.
Janik (Iwonicz).

Prognostyczne znaczenie całodziennego profilu cukru we krwi chorych cukrzycowych. M. RUEFF. Med. Klin. Nr. 27, 1932.

Jako profil cukru we krwi określa autor całodzienne wahania cukru we krwi. Oznaczanie jednorazowe cukru we krwi naczczo uważa za nie wystarczające i nie mające znaczenia prognostycznego. Normalnie o ile naczczo poziom cukru wynosi 100 mg %, wówczas przed obiadem wartości nie przekraczają rannej glikemji, wartości zaś wieczornej glikemji przed wieczerzą zwykle nie przekraczają wartości rannych naczczo. U cukrzyków, o ile w okresie przedpołudniowym nie następuje przyrost cukru we krwi, wtedy ten objaw uważamy jako dobry. Zaś wysoki poziom cukru przed obiadem wskazuje na cięższe schorzenie wymagające stosowania insuliny. Przypadki te przebiegają zwykle z kwasicą.
Godłowski (Kraków).

Wpływ histaminy na zasób zasad i na poziom cukru we krwi u człowieka. R. F. HIESTAND, J. JOWELL HALL. Arch. of Int. Med. V. 49, Nr. 5, 1932.

Domięśniowy zastrzyk histaminy w dawkach od 0,5—0,75 mg wywołuje zwykle mały przybytek zasobu zasad, co w leczeniu kwasicy jest niewystarczającem. Natomiast podanie jej w zastrzyku podskórnym łącznie z doustnem stosowaniem dwuwęglanu sodu zwiększa zasób zasad nieco więcej aniżeli same zasady. Histamina podawana domięśniowo w dawkach jak wyżej, podnosi tylko nieznacznie poziom cukru we krwi. *Z. Tomanek* (Lwów).

Cukrzyca prawdziwa i stany diabetoidalne. N. ESCUDERO. El Dia Médico. Nr. 7. 1932.

Autor uważa, że stan diabetoidalny, charakteryzujący się zmianą krzywej poziomu cukru we krwi po obciążeniu glukozą, jest skutkiem zaburzenia metabolizmu węglowodanowego pozawysepkowego — i nie zasługuje na nazwę *„praediabetes"*, *„diabetes latens* lub *occulta"*, *„paradiabetes"* i t. d. *Mester* (Kraków).

Wpływ diety węglowodanowej na wydolność cukrzyków. G. CZORNICZER, E. KOLTA. Med. Klin. Nr. 22. 1932.

Wydolnością węglowodanową nazywamy zdolność ustroju przyswojenia sobie pewnej ilości węglowodanów bez wydzielania cukru moczem. Definicja ta nie jest słuszną. Zdarza się bowiem czasem, że przy pewnej ilości węglowodanów ustrój wydziela moczem ślad cukru, natomiast przy diecie o 50% bogatszej w węglowodany cukromocz albo zupełnie znika lub również utrzymuje się w śladach. Dzieje się to na zasadzie podniecającego działania węglowodanów na narząd wysepkowy, pobudzając go do większego wydzielania insuliny. Narząd wysepkowy cukrzyka jest znacznie leniwszy i dlatego wymaga silniejszego bodźca, jakim są właśnie węglowodany. *Godłowski* (Kraków).

Anatomiczne spostrzeżenie, tyczące się patogenezy udaru mózgowego. R. NEUBüRGER. Deut. Med. Woch. 1932. z. 18.

Udar mózgu powstaje według spostrzeżeń autora. jako następstwo zlewającego się krwawienia z drobniejszych naczyń, które posiadają znacznie uszkodzone ściany (nekroza osłonki środkowej, tłuszczowe lub poczynające szkliste zwyrodnienie). Krwawienia mogą powstać bądź *per rhexin*, bądź *per diapedesin*. Bardzo trudne jest wykazanie pęknięć większych naczyń mózgowych. Również rzadko spotyka się, aczkolwiek to jest możliwe, udar mózgu, powstały z powodu krwawienia *per diapedesin* lub *per rhexin* krążenia końcowego *(terminalis)*, pomimo braku zmian anatomicznych w tymże. We wszystkich przypadkach głównym wskaźnikiem są wahania ciśnienia względnie zmiany naczyniowo-ruchowe z powodu nadciśnienia. Angjoneurozy oraz prosówkowe tętniaki są przeważnie pochodzenia wtórnego, objawami po krwawieniach występującemi; występują również i w ciężkich mózgowych urazach. Możliwe są powikłania różnych postaci powstania krwawienia. Wtórne uszkodzenie, powstające w okolicy krwa-

wiącego miejsca, oraz rozdarte naczyńka dodatkowo wzmagają krwawienie. Ofiarą krwawienia pada szybko i bezpowrotnie pewna część tkanki mózgowej. Uciśnięciu może ulec tkanka mózgowa jedynie, gdy tkanka ta przed, w ciągu lub bezpośrednio po krwawieniu ulegnie pewnym fizykalno-chemicznym zmianom, ponieważ prawidłowa tkanka zachowuje się inaczej. Znajduje się świeże zmiany w tkance mózgowej przy udarze, które są następstwem zmian w krążeniu, rozgrywających się równocześnie z udarem lub bezpośrednio po nim na dość znacznej przestrzeni. Przypominają obraz, spotykany po świeżych urazach mózgowych. Porównywanie ze zmianami traumatycznemi okazało się wogóle bardzo pouczającem dla anatomicznego badania udaru mózgowego. Autor swoje spostrzeżenia opisał na tem porównywaniu. Od badań chemicznych krwiaków udarowych i od doświadczeń, które mają za cel wprowadzenie krwi do nekrotycznej lub w inny sposób uszkodzonej tkanki mózgowej, można według autora oczekiwać dalszego wyjaśnienia zagadnienia udaru mózgowego. *Ungar* (Lwów).

Choroby wewnętrzne, nerwowe i dziecięce.

Zagadnienie wyreczania czynności mózgu. K. NOWOTNY. Med. Klin. Nr. 37, 1932.

W przypadkach rozwijających się nowotworów mózgu w okolicach, których uszkodzenie daje wypadnięcie czynności tych części na obwodzie, czasami nie spotyka się tak nasilonych objawów, jakby się należało spodziewać po wielkości samego guza. Autor opisuje przypadek *cholesteatoma* w środkowej jamie czaszkowej lewej, który dawał tylko zaznaczone objawy zaburzonej mowy, mimo silnego ucisku na ośrodek Brocka. Autor przyjmuje, że stopniowy stały ucisk na całą półkulę mózgową znosił jej czynność, obejmowała ją natomiast strona przeciwna, lub też czynność zniszczonych powierzchownych ośrodków została objęta przez ośrodki położone głębiej, jeszcze uciskiem nienaruszone. Taki stan można spotkać tylko przy dużych guzach, a więc tam, gdzie czynność została całkowicie zniszczona, zaś przy drobniejszych uszkodzeniach objawy są bardziej nasilone, ponieważ czynność tylko częściowo zniesiona jest za małym bodźcem do pobudzenia strony przeciwnej do zastępstwa czynności uszkodzonych miejsc.
Godlowski (Kraków).

Przyczynek do patologji obwodowych neuronów. L. STANOJEVIĆ i V. VUJIĆ. Medicinski Pregled. 1932. Nr. 8. p. 153.

Na podstawie swoich dawniejszych i nowych doświadczeń przy obrazach podobnych do *polyneuritis* a występujących po apjolu, oraz szeregu innych znanych szczepionek *(arthigon,* surowica przeciwtężcowa, przeciw wściekliźnie i t. d.) zwracają autorowie uwagę, że przyczyny tych szczególnych schorzeń dopatrywać się trzeba przedewszystkiem w środkach trujących konserwujących, które są znane jako jady dla pierwoszczy. Z drugiej strony są też zdania, że atypowe obrazy chorobowe, naśladujące schorzenie neuromuskularne, nie są neurytydami. Na skutek zajęcia części najbliżej położonych obwodowego neuronu, zatem rogów przednich rdzenia, (rzecz ustalona przez Marburga dla *panencephalomyelitis* i t. p. po szczepieniach przeciw wściekliźnie) uważać należy te obrazy za poljomyelitydy. *R. L.* (Lwów).

Uwagi kliniczne i elektroradjologiczne o epidemji porażenia dziecięcego (choroby Heine-Medina). A. LAQUERRIÈRE, D. LEONARD i E. MÉNARD. Pres. Méd. Nr. 67. 1932.

Autorowie opisują wybuch i przebieg epidemji w okolicach Montrealu (Kanada). Zachorowało 600—700 osób na miljon mieszkańców, epidemja rozpoczęła się nad brzegami rzeki św. Wawrzyńca w okresie nadmiernej suszy, zachorowania ustały z nastaniem pierwszych mrozów. Nie można było stwierdzić bezpośredniego zakażenia jednego dziecka od drugiego, przeciwnie często równocześnie, szczególnie w jednej rodzinie, zapadało kilkoro dzieci. Autorowie podają wyniki lecznicze otrzymane przy stosowaniu naświetlań Roentgenem i elektryczności. W początkowym okresie stosowano surowicę ozdrowieńców i różne inne środki farmakologiczne. Na podstawie 83 przypadków lżejszych lub cięższych porażeń leczonych Roentgenem i elektrycznością stwierdzają, że otrzymali dobre wyniki i polecają tę metodę do stosowania w ośrodkach specjalnie zorganizowanych do leczenia porażeń dziecięcych. *Skowroński* (Lwów).

Rentgenografja zatok żylnych opony twardej. E. MONIZ, A. ALVES i F. DE ALMEIDA. Pres. Méd. Nr. 80. 1932.

Autorowie podają metodę, pozwalającą widzieć u żywego człowieka zatoki żylne opony twardej. Polega ona na tem, że do tętnicy dogłowowej bardzo szybko (w ciągu 2—3 sekund) wstrzykuje się około 20 cm³ torotrastu (25% koloidalnej zawiesiny tlenku toru). Zdjęcia wykonuje się w czasie wstrzykiwania (otrzymuje się obraz tętnic mózgowych), oraz w 2 sek. później i w następnych sekundach, przyczem zależnie od stanu krążenia i szybkości obiegu krwi w drugiem albo w następnem zdjęciu można widzieć przebieg zatok żylnych. Autorowie opisują przebieg różnych zatok żylnych i podkreślają, że stosunki u żywego człowieka są nieco inne jak na zwłokach, co stanowi dalszy dowód, że anatomja człowieka dużo może skorzystać z badań rentgenowskich. Metoda ta może posiadać dużą wartość diagnostyczną w rozpoznaniu niektórych nowotworów, a dla chorego jest ona zupełnie nieszkodliwa, co autorowie stwierdzają na podstawie 100 przypadków. *Skowroński* (Lwów).

O leczeniu porażenia postępującego. ARTWIŃSKI i GRADZIŃSKI. Rocznik Psychjatryczny. T. XVII/32.

Zapoznajemy się w początku pracy z problematami leczenia p. p. wogóle, z podstawami oraz obserwacjami wstępnemi, sięgającemi do czasu przed 1913. Rzecz jasna, że najwięcej ciekawem jest leczenie t. zw. nieswoiste, zapomocą gorączki sztucznej. A. i G. opisują wyniki z 532 obserwacyj. Największy odsetek ilości popraw stwierdzono we wczesnych okresach p. p., również najmniejszą ilość zgonów. Poprawa kliniczna i — nieco wolniej — serologiczna wzrasta w ciągu obserwacji. Utrzymywanie się dodatnich odczynów Wassermanna i pleocytozy, nawet przy remisji klinicznej, wróży pogorszenie. Autorzy na podstawie wyników wyprowadzają następujące wskazania praktyczne: „Wypracowanie sposobów badania umożliwiających rozpoznania p. p. w jak najwcześniejszych okresach. Spopularyzowanie wśród lekarzy-praktyków sposobów możliwie wczesnego rozpoznawania p. p. i uświadomienie ich o skuteczności leczenia p. p. we wczesnych okresach".
Obständer (Bielsko).

O leczeniu umysłowo chorych przy pomocy trwałego snu. J. FRAENKLOWA. Rocznik Psychjatryczny, T. XVIII/XIX.

Autorka opisuje możliwości terapeutycznego usunięcia podniecenia psychotycznego, nietylko na kilka godzin, lecz na dłuższy przeciąg czasu lub na stałe. Narkotyki dawniej znane niezawsze dają wyniki zadawalające. Przytem stosowanie na dłuższy czas jest niebezpieczne i drogie. Wprowadzenie jednak awertyny do terapji nasennej dało rezultaty doskonałe. Nietylko, że prawie niema przeciwwskazania, choćby przy najgorszym stanie somatycznym, ale i działalność jest b. pewna. Podawano po 0.08 awertyny na kg wagi ciała, przy domieszce 0.05 efedryny i *muc. salepae* oraz wody w takiej ilości, że powstał roztwór 3%-owy. Chorzy po lewatywie zasypiali w ciągu 15 do 30 minut i spali po narkozie do 10 godzin. Szczególnie nadają się do tego leczenia przypadki, które mają skłonność do przebiegania okresowego i do remisji. Nie jest to wprawdzie terapja, która całkowicie usuwa stan chorobowy, wzbogaca jednak nieliczny, jak dotychczas, zastęp środków leczniczych. *Obständer* (Bielsko).

Leczenie podniecenia u schizofreników zapomocą nakłucia lędźwiowego. W. KLIMKE. Psych.-neur. Wschr. 4/35.

Autor przypadkiem spostrzegł, że chory, poprzednio b. silnie podniecony, po nakłuciu lędźwiowem się uspokoił. Następnie zbierał doświadczenia w 12 przypadkach. Wypuszczano po 22—24 cm³ płynu mózgowo-rdzeniowego. Pacjenci do 16 dni zachowywali się spokojnie, niektórzy, których przed nakłuciem musiano izolować i trzymać pod skopolaminą, często nie zdradzali wogóle objawów choroby umysłowej! Po upływie 8—16 dni powtórzono, — u niektórych dwukrotnie, — zabieg. Tylko w 3 przypadkach, t. j. w 25%, nie było skutku.

Zdając sobie sprawę z tego, że nakłucie lędźwiowe nie jest „leczeniem" schizofrenji, należy przyznać rację autorowi, który je stosuje w krótkotrwałych stanach podniecenia jako zabieg zastępujący duże dawki alkaloidów i izolację chorych.
Obständer (Bielsko).

Leczenie myastenji harminą. LAUBENTAL. Psych.-neur. Wschr. 3/35.

Przed kilku laty opisano dodatnie wyniki w leczeniu myastenji, które to cierpienie powszechnie uważano dotąd za nieuleczalne. Autor podjął się żmudnej pracy leczenia i obserwacji przypadku typowej m. przez kilka lat. Przebieg choroby u 25-letniej pacjentki obfitował w momenty dramatyczne, wywołane przez osłabienie mięśni oddechowych. Chora przebywała prawie dwa lata w łóżku, dostawała trzy razy tygodniowo po 0,02 *Harmin* Merck w zastrzykach podskórnych, pod koniec leczenia tylko 2 razy w tygodniu. Wypisana z końcem r. u. z kliniki, przyjmuje teraz codziennie b. małą dawkę harminy doustnie. We wrześniu r. 1932 nie można było już stwierdzić wyraźnych poprzednio objawów, jak znużenie zwieracza źrenic, parafazji po dłuższem mówieniu, i t. d. Ubocznych działań leku nie było. Obserwacja poza tem wykazała wy-

bitną zależność objawów od podawania harminy. Wynik nadzwyczajny, zachęcający do dalszych prób leczniczych.

Obstander (Bielsko).

Postęp w leczeniu nerwicy nerwu trójdzielnego. A. LUX. Med Klin. Nr. 32, 1932.

Jako przyczynę tego schorzenia autor przyjmuje zaburzenie w krążeniu w obrębie zwoju Gassera. Dla celów leczniczych stosuje przegrzanie tego zwoju. Odpowiednio sporządzoną elektrodę przykłada w okolicę oczno-skroniową, drugą zaś na okolicę potyliczną. Po stosowaniu 10 do 20 takich nagrzewań dolegliwości ustępowały zupełnie, a nawroty zdarzały się rzadko. Na 182 przypadków nerwic n. trójdzielnego leczonych przez autora tylko 4 były oporne na to leczenie. *Godlowski* (Kraków).

Przypadek psychozy w niedokrwistości złośliwej. H. LAUFER. Med. Klin. Nr. 31. 1932.

Chorą ze stanami depresyjnemi traktowano jako psychozę klimakteryczną. W okresie, kiedy na plan pierwszy wystąpiły objawy ciężkiej niedokrwistości, badanie krwi pozwoliło rozpoznać psychozę w przebiegu niedokrwistości złośliwej. Stan psychicznej depresji ustępował równolegle z cofaniem się objawów we krwi przy leczeniu wątrobą. W piśmiennictwie są opisywane przypadki stanów podniecenia lub depresji w przebiegu n. z. Jako przyczynę tych zaburzeń możnaby przyjąć albo uszkodzenie tkanki nerwowej przez czynnik uszkadzający krew, albo samą niedokrwistość złośliwą, która wyzwala psychozę znajdującą się w okresie utajenia.

Godlowski (Kraków).

Chirurgja, położnictwo i ginekologja, stomatologja.

O połączeniu operacji i naświetlań w leczeniu raka macicy i jajników. H. KAMNIKER (Wiedeń). Arch. f. Gyn. T. 147, z. 2. 1931.

W I. klinice wiedeńskiej stosuje się powyższe leczenie od roku 1913. Leczenie to ulegało zmianom w miarę ukazywania się nowych aparatów i zmiany samej techniki naświetlań.

Autor precyzuje stanowisko I. kliniki wiedeńskiej w kierunku czterech zagadnień: 1) naświetlanie radem przed operacją, 2) naświetlanie Roentgenem przed operacją, 3) naświetlanie radem po operacji, 4) naświetlanie Roentgenem po operacji.

1) Odnośnie do naświetlania radem przed operacją najtrudniejszym wydaje się wybór czasu operacji po zastosowaniu radu, gdyż przy zbyt wczesnem operowaniu napotyka się na znaczne krwawienia, a zbyt późne operacje utrudnione być mogą bliznami i zgrubieniami. Obok tego nie można pominąć faktu, że istnieje niebezpieczeństwo powikłań po samem zastosowaniu radu, a to w przypadkach zakażeń pierwotnych ognisk bardzo jadowitemi paciorkowcami. Odsetek pierwotnej śmiertelności po stosowaniu radu oblicza autor na 2—4%. (Zakażenia ogólne, zapalenia otrzewnej). Do tego dołączyć trzeba powikłania bez zejść śmiertelnych, a to: długotrwałe gorączkowanie z niewyraźnych przyczyn, rozległe wysięki przymacicza i t. d. Wynikałoby z tego, że stosowanie radu jest usprawiedliwione tylko w przypadkach zaniedbanych i to wśród nakazanej znacznej ostrożności. Jeśliby zaś chodziło o odkażenie pola operacyjnego, to jest ono bez niebezpieczeństwa możliwe tylko przy zakażeniach mniej jadowitemi zarazkami, a wogóle jest tylko powierzchowne i wedle przyjętej w I. klin. wied. metody pochwowego operowania raka macicy uzyskuje się ten cel I-szym aktem operacyjnym (wyskrobanie, przyżeganie i mankiet pochwowy).

2) Wobec niejedolitych wyników rozmaitych autorów po radykalnych operacjach poprzedzanych naświetlaniami Roentgenem, I. klin. wied. operując raka tylko drogą pochwową nie przyjeła zasadniczego, systematycznego naświetlania Roentgenem przed operacją tak, że dysponuje tylko przypadkami, w których chore początkowo na operację się nie zgadzały i były naświetlane, a dopiero później zgodziły się na operację z powodu zbyt długo trwającego czasu naświetlań. W tych przypadkach I. klin. wied. notuje — podobnie jak przy radzie — utrudnienie zabiegu nadmiernem krwawieniem, jeśli się operuje wcześnie, a zgrubienia przymacicz i wynikające stąd niebezpieczeństwo uszkodzeń pobocznych, jeśli się operuje zbyt późno. Także dla samego rozwoju raka nie jest obojętnym polecany przez autorów — zwolenników przedoperacyjnych naświetlań — okres 6—8 tyg. między naświetlaniami a operacją.

3) Naświetlanie radem po operacji. I. klin. wiedeńska zainicjowała w 1913 r. ten sposób postępowania i pomimo sprzecznych opinij z wielu stron ogłaszanych, stosuje go nadal, lecz dopiero od kilku lat w tak wydoskonalonej technice, że — jak dotychczas — zapobiega ona niebezpieczeństwu uszkodzeń ubocznych, przetok i t. d. Technika ta polega na tem: obok naświetlań Roentgenem stosuje się rad przedewszystkiem w przypadkach niezupełnie radykalnie zoperowanych lub *a priori* daleko zaawansowanych. W 3—4 tyg. po oper. (pochwowej!) wprowadza się do pochwy rurki zwrócone silnie ku tylnej ścianie miednicy (przymacicza!), a odległość radu od pęcherza i odbytnicy zwiększa się nie, jak dawniej, gaza. lecz odpowiednio dobranym i grubym filtrem. W poszczególnych przypadkach stosuje się rad od strony odbytnicy, w specjalnych rurkach Simona.

4) Naświetlanie Roentgenem pooperacyjne nie kryje w sobie tych niebezpieczeństw, co rad, a zdaniem autora jest tem bardziej wskazane, że przy każdej metodzie operacyjnej, a szczególnie przy pochwowej, często jest niemożliwem usunąć wszystkie nowotworowo powiększone gruczoły. To też I. klin. wied. operująca raka tylko pochwową drogą, zawsze i zasadniczo stosuje naświetlania Roentgenem, a tylko w poszczególnych gorszych przypadkach „dodaje" naświetlania radem. Lepsze wyniki co do nawrotów w przypadkach naświetlanych po operacji, aniżeli tylko operowanych, odnosi autor nietylko do zniszczenia komórek rakowych w polu naświetlania, ale i do osłabienia żywotności komórek odległych. Dlatego autor jest zwolennikiem powtarzania naświetlań co pewien czas przez szereg lat po operacji.

Następują oddzielne zestawienia cyfrowe leczonych w ten sposób przypadków raka szyjki i ciała macicy i raka jajnika.

T. Wiczyński (Lwów).

Pierwotna śmiertelność po operacjach raka szyjki macicy. GODSCHI - KASSIMOW. (Baku). Arch. f. Gyn. T. 147. z. 2., 1931.

Z 335 chorych na raka w szpitalu w Baku 146 stanowiło przypadki zaniedbane, 20 nie operowano z innych powodów, 165 chorych operowano sposobem W e r t h e i m a wedle techniki przyjętej przez F a u r e'a (z wyjątkiem stosowania worka Mikulicza). Przed operacją chorych nie naświetlano.

Uderzająco mały odsetek śmiertelności — 1.81% (!) tłumaczy autor: 1) odpowiednim doborem przypadków, 2) odpowiedniem przygotowaniem chorych do operacji, 3) odpowiednią techniką samej operacji.

W doborze przypadków decydującemi momentami są bóle samoistne, bolesność przy badaniu i ruchomość macicy.

Przygotowanie do operacji streszcza się do ogólnego wzmocnienia chorej i rozłożonego na szereg dni odkażania okolicy pierwotnego raka szyjki i pochwy, z zastosowaniem bakterjologiczej kontroli co 2-gi dzień. Szczegóły techniki i leczenia pooperacyjnego w tekście.

T. Wiczyński (Lwów).

Leczenie gruczolakoraka szyjki macicy. W. HAUPT. Ztschr. f. Geb. u. Gyn. T. 103. z. 1. 1932.

Materjał kliniki w Bonn za lata 1912 — 1927 wykazuje 450 przypadków raka szyjki macicy. W 29 przypadkach, a więc w 6,4% chodziło o gruczolakoraka. Przypadków nadających się do operacji było 22. Z tych 12 operowano i uzyskano 2 wyleczenia, a 10 naświetlano i wyleczono tym sposobem 4 przyp. Z 7-u chorych, nie nadających się do operacji, wyleczono naświetlaniem jedną. Ogółem wyleczono więc 7 przyp. t. j. 24,2%. U chorych tych po 5-u latach i dłużej nie stwierdzono nawrotu.

Przypadki operowane naświetlano następowo promieniami Roentgena. Przypadki wyleczone energią promieniotwórczą otrzymywały około 8.000 mg godzin elementu radu i promienie X według rozmaitych sposobów. Jeden z tych przypadków — zupełnie początkowy — otrzymał jedynie naświetlanie promieniami Roentgena.

Cyfry te dowodzą, że gruczolakoraki szyjki nie są specjalnie odporne na działanie promieni. Wybór sposobu leczenia powinien być więc ten sam, co w przypadkach raka płaskokomórkowego szyjki macicy. *Zb. Rychłowski* (Lwów).

Naczyniak macicy. F. KLEE. (Bonn). Ztschr. f. Geb. u. Gyn. T. 103. z. 1. 1932.

Opis przypadku, tyczącego 54-letniej kobiety, u której rozpoznano guz jajnikowy dużych rozmiarów. Operacja wykazała guz, składający się z szeregu torbieli zrośniętych ze sobą u podstawy. Macica była powiększona, wielkości małej pięści. Usunięto guz i nadpochwowo macicę. Po dokładnem oglądnięciu preparatu stwierdzono, że guz wychodził z dna macicy, podczas gdy jajniki spłaszczone ale zresztą niezmienione znajdowały się między torbielami guza. Badanie drobnowidowe wykazało, że guz składa się przedewszystkiem z naczyń o rozmaitej wielkości światła, a oprócz tego z podścieliska tkanki łącznej. Tkanka mięsna, którą znaleziono w kilku miejscach guza, znajdowała się w okresie zwyrodnienia pod wpływem bujania tkanki naczyniowej. Obraz histologiczny uprawniał wobec tego do rozpoznania naczyniaka *(angioma)* względnie włókniaka naczyniastego *(angiofibroma uteri)*.

Zb. Rychłowski (Lwów).

Rak i mięsak w tej samej macicy. G. E. COWLES. (Wichita, Kan.). Amer. Journ. of Obst. a. Gyn. XXIV. 2. 1932.

Opis przypadku, dotyczący 56-letniej kobiety, którą przyjęto do zakładu z powodu silnego krwawienia. Wśród skrzepów znaleziono utkanie mięsakowe. Wobec tego wykonano całkowite wycięcie macicy wraz z przydatkami, poczem leczono ją promieniami Roentgena. Badanie histologiczne wykazało: *polypus sarcomatosus, adenocarcinoma corporis.*

Wiślański (Lwów).

Czy „leukoplakia" szyi macicy może być uważana jako wczesny objaw sprawy złośliwej? KARL H. MARTZLOFF. (Portland, Ore.). Amer. Journ. of Obst. a. Gyn. XXIV. 1. 1932.

Leukoplakja szyi macicy, jako przypuszczalny wczesny objaw początkowego raka szyi nie jest dotąd należycie oceniona. Pierwszy Hinselmann w 1927 r. zwrócił uwagę na to, że histologiczny obraz tych białych plam przypomina zmiany złośliwe, jakkolwiek bez skłonności do drążenia wgłąb.

Autor na podstawie własnych badań uważa pracę Hinselmanna jako znaczny postęp dla zapobiegania i wczesnego rozpoznania raka szyi macicy.

Wiślański (Lwów).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie.

Sprawozdanie z XXXI. Posiedzenia naukowego z dnia 9 grudnia 1932 roku.

Przewodniczy: Kol. S. Ruff.

1) Odczytanie i przyjęcie protokółu poprzedniego posiedzenia.

2) Proponowaną przez Zarząd listę członków Komisji Matki w składzie: Czyżewski, Dobrzański, Doliński, Goertz, Kielanowski Bol., Kuhn, Krzyżanowski, Mączewski, Nowicki, Pisek, Rencki, Sabatowski, Skrowaczewski, Węgrzynowski, Ziembicki — przyjęto.

3) Kol. Ceypek Tadeusz (gość) demonstruje *przypadek ostrego zapalenia ucha środkowego wyleczony konserwatywnie.* Choroba rozpoczęła się na 4 tygodnie przed zgłoszeniem się do Kliniki bólami ucha prawego; gorączki nie było. Po 2 tyg. wystąpił wyciek ropny. Przy badaniu stwierdzono: po usunięciu ropy przewód zewnętrzny szeroki, błona bębenkowa zaczerwieniona, obrzękła, kontury młoteczka zatarte, w części przednio-dolnej przedziurawienie z tętniącą wydzieliną. Wyrostek sutkowy nieobrzękły i niebolesny. Słuch: Weber: na prawo, Rinne: ujemny, Schwabach: przedłużony, tony niskie: silnie upośledzone, tony wysokie: nieco upośledzone, szept: słyszalny na 1 m. Po przyjściu na Klinikę wystąpiło najpierw pogorszenie, objawiające się wystąpieniem gorączki (do 38'8°), i obrzękiem wyrostka sutkowego, trwające 6 tygodni, potem polepszanie się stanu prowadzące do wyleczenia. Ucho oczyszczano 2 razy dziennie wodą utlenioną, nagrzewano *solux'em* i poduszką elektryczną. Wyciek utrzymywał się ciągle bardzo obfity. W 8 tyg. zaprzestano dotychczasowego leczenia i zaczęto stosować 1% trypaflawinę, nasycając nią tampony wkładane do ucha. Wyciek po 6-ciu dniach ustał. Obecnie chora słyszy znacznie lepiej, wycieku nie ma zupełnie, obrzęk wyrostka ustąpił. U chorej wykonywano próby Zalewskiego, które pokrywały się w zupełności ze stanem klinicznym w danej chwili. (Streszcz. własne).

W dyskusji: kol. Zalewski, człon. Twa: powyższy przyp. dowodzi, że leczenie ostrego zapalenia ucha środkowego nieoperacyjne, chociaż długie, jest możliwe a dla chorego przyjemniejsze. Próby Zalewskiego orjentują, czy jest wskazanie do zabiegu.

4) Kol. Falkiewicz Ant., człon. Twa, przedstawił zdjęcie bronchografji u 49 letniej kobiety, która cztery tygodnie przed przyjęciem do kliniki zakrztusiła się łuską z jabłka. Od tego czasu wystąpiła duszność, silne podrażnienie do kaszlu zwłaszcza przy głębszem oddychaniu. Badaniem nad płucami: objawy nieżytu oskrzeli, silniejsze po stronie prawej w dole z przedłużeniem wydechu i licznemi świstami i furczeniami zwłaszcza przy wydechu — bez zmian wypukowych, przy normalnej ruchomości granic. Plwocina śluzowo-ropna 100—150 cm^3 dziennie. Ciepłota ciała normalna. Równoczesne objawy kiły: częściowy Argyll-Robertson, odczyn Wassermanna dodatni. Sachs-Georgi'ego zaznaczony. Zdjęcie klatki piersiowej poza nielicznemi smugowatemi zagęszczeniami w obu szczytach bez zmian. Bronchografja wykazała nieznaczne zwężenie oskrzela II. rzędu, zdążającego do płata dolnego płuca prawego. Przypuszczano albo ciało obce w oskrzelu, albo zwężenie na tle kilaka (ujawnione przez zakrztuszenie się — chora od szeregu lat kaszlała, nieco paliła). Rozpoczęto leczenie specyficzne. W siedem tygodni od zakrztuszenia się podczas silniejszego napadu kaszlu odkrztusiła chora w plwocinie zawierającej niewielką domieszkę krwi, elastyczną osłonkę przegródki środka jabłka (w której mieszczą się pestki). Przy zakrztuszeniu się osłonka owa długości ok. 1,5 cm, szerokości ok. 1 cm musiała ulec zwinięciu i prawdopodobnie ostrym końcem wbiła się w błonę śluzową oskrzela. Prelegent omawia trudności rozpoznawcze w tym przypadku. (Streszcz. własne).

W dyskusji: kol. Tomanek, człon. Twa, zapytuje, czy w przedstawionym przypadku wywiady nie wskazywały na dychawicę oskrzelową.

W odpowiedzi: kol. Falkiewicz A.: w wywiadach nie było danych w tym kierunku.

5) Kol. Sieradzki, człon. Twa wygłosił wykład: *Nowy Kodeks karny ze stanowiska lekarskiego* (Praktyka lekarska, dod. do nr. 5. P. G. L. 1933).

Sekretarz doroczny: *H. Długosz.*

Towarzystwo lekarzy szkolnych.

Protokół posiedzenia w Wydziale Wychowania Fizycznego i Higjeny Szkolnej Ministerstwa W. R. i O. P. z dnia 18 lutego 1932 r.

1) Po odczytaniu protokółu ostatniego posiedzenia i w związku z tym protokółem Dr. Piotrowska prosi przewodniczącego o umożliwienie jej na jednem z najbliższych posiedzeń omówienia kazuistyki adleryzmu (psychologja indywidualna); przewodniczący zgadza się wrócić jeszcze do tej sprawy, o ile czas pozwoli.

2) Przewodniczący podaje do wiadomości zebranym podziękowanie p. Wiceministra, złożone za pośrednictwem Kuratorjów tym lekarzom szkolnym, którzy pomimo ich zredukowania pracowali w powierzonych im szkołach w ciągu sześciu miesięcy bezinteresownie.

3) Dyrektor Departamentu Szkolnictwa Ogólnego Ministerstwa W. R. i O. P. p. Dr. Michał Mendys wygłosił referat p. t. *„Ustrój szkolnictwa według projektu ustawy"* z demonstracją wykresu.

Prelegent przedstawia i analizuje szczegółowo projektowaną reformę ustroju szkolnictwa: omawia trzy szczeble szkoły powszechnej, czteroletnie gimnazjum, dwuletnie liceum i wzajemny stosunek do siebie tych stopni szkolnictwa. Szerzej zastanawia się nad stosunkiem szkół powszechnych i średnich do szkół zawodowych, podkreślając ważność wyboru różnych typów szkół zawodowych o różnym poziomie. Następnie prelegent rozpatrzył różne typy liceów, dających wstęp do Zakładów Akademickich. Dalej rozpatrzył sposoby organizacji oświaty pozaszkolnej.

Wkońcu podkreślił zalety reformy, ułatwienie uczniowi przechodzenia z niższego poziomu szkolnictwa do wyższego i rozbudowę szkolnictwa zawodowego.

Kształcenie nauczycieli do szkół powszechnych odbywać się ma w gimnazjach i w liceach pedagogicznych.

Po referacie wywiązała się ożywiona dyskusja, w której zabrało głos kilkunastu lekarzy szkolnych. Dr. Babski zapytuje prelegenta — na jakiej podstawie przechodzić będą uczniowie ze stopni niższych na wyższe, — egzaminów czy świadectw oraz czy szkoły typu licealnego dają wstęp do szkół zawodowych. Dr. Radziszewski — zapatruje się dość pesymistycznie na możność realizacji tak szeroko zakreślonego programu, a to ze względu na nastrój przygnębienia wśród nauczycieli szkół powszechnych w następstwie ciężkich obecnych warunków ich pracy i egzystencji; odbiło się to już obecnie ujemnie na poziomie uczniów kończących szkołę powszechną, do czego przyczynia się także niedostateczna selekcja uczniów i nazbyt ograniczone kierowanie uczniów o obniżonym poziomie inteligencji do szkół specjalnych. Dr. Soboleska — uważa, że uczniowie ze wsi kończący szkołę powszechną I-go i II-go rzędu będą mieli uniemożliwiony dostęp do gimnazjum, skoro będzie się zaczynało od dzisiejszej 3-ej klasy oraz zapytuje, czy i jak może dostać się do Uniwersytetu np. na wydział prawny uczeń szkoły zawodowej. Dr. Federman przypuszcza, że skrócenie lat nauki jest spowodowane względami budżetowemi, jako wyraz kryzysu ekonomicznego, co stwierdzono również i w państwach zachodnio-europejskich. Dr. Borowska obawia się, że trudno będzie przywyknąć do czterostopniowej organizacji szkół (powszechna, gimnazjum, liceum, wyższe). Dr. Korsakówna obawia się, czy ilość sił nauczycielskich sprosta różnorodności typów szkół i czy starczy lokali na ich rozmieszczenie. Dr. Szwarcman uważa za nieekonomiczne poświęcenie aż sześciu lat w szkole powszechnej na przygotowanie do klasy 3-ej, gdy szkoły prywatne czynią to przez lat cztery (kl. podwstępna, wstępna, I i II). Dr. Cieszyński sądzi, że pokonanie przeszkód w wypadkach przechodzenia do szkół odmiennego typu może być ułatwione tak, jak to i dotąd bywało, przy pomocy stypendjów i nie podziela zastrzeżeń jednego z przedmówców owianych pesymizmem, wynikających

z depresji ogólnej na tle kryzysu gospodarczego oraz prosi o wyjaśnienie różnicy między liceum pedagogicznem a Pedagogjum (stopień wyższy). Dr. Zborowski niepokoi się losem uczniów zmuszonych powtarzać kurs danej klasy (drugorocznych). Dr. Pawłowski zapytuje, czy licea mają mieć ustrój roczny czy semestralny. Przewodniczący Dr. Kopczyński — nie widzi w wykresie uwzględnienia szkół specjalnych dla dzieci umysłowo upośledzonych, głuchoniemych, ślepych i t. p.

Prelegent, zaznaczając, że krótkość czasu nie pozwoliła mu na szczegółowe omówienie niektórych punktów, stwierdza, że pominięta przez niego sprawa szkół specjalnych wejdzie jednak w schemat organizacji bez reszty, mianowicie na poziomie szkół powszechnych i średnich, a tylko przewiduje się dla tych szkół dłuższy czas trwania niż dla normalnych.

Kwestja selekcji nie jest sprawą ustrojową, lecz programową i dlatego sformułowania w omawianiu organizacji nie znalazła (w motywach jest omówiona). Selekcja oparta będzie nietyle na egzaminach co na obserwacji uczniów w kontakcie z rodzicami. Obserwacja ta przy poparciu nowoczesnych metod badań pozwoli racjonalniej kierować dalszem kształceniem uczniów. Zdaniem prelegenta egzaminy wstępne i maturalne istnieć będą, sprawa matury jest obecnie właśnie przedmiotem badań i rozważań. Co do zmian w kierunku studjów, to rzecz oczywista, że dany kandydat zawsze będzie musiał wykazać, że uzupełnił studja w odpowiednim kierunku np. przyswojeniem sobie łaciny i t. p.

Szkoły stopnia licealnego dają wstęp do wszystkich typów szkół wyższych ale nie z równą swobodą, co wynika z istoty rzeczy. np. absolwent liceum technicznego nie będzie mógł być przyjęty np. na teologję bez wykazania znajomości łaciny.

Prelegent sądzi, że zniechęcenie nauczycieli nie może być motywem do zaniechania lub krytykowania reformy; jeśli jest źle, to tem bardziej należy starać sie wyjść na dobrą drogę, bo zawsze wobec zła należy ustosunkować się aktywnie i przytacza przykłady jak w imię dobra sprawy można zwalczać trudności.

Młodzież z zapadłych miejscowości np. w górach lub na Polesiu zawsze długo jeszcze mieć będzie utrudniony dostęp do nauki, bo w tych miejscowościach możliwe są tylko szkoły powszechne I-go co najmniej II-go rzędu.

Co się tyczy pomyłek w obiorze kierunku, w którym uczeń się kształci, to oczywista pomyłki pomyłkom nie są równe i niemożliwością jest obmyśleć taki typ organizacji szkół, aby wszelkie możliwości przewidziała.

Prelegent nie sądzi, aby przyzwyczajenie ogółu do trójstopniowego ustroju szkolnego było racjonalną przeszkodą do wprowadzania czterostopniowego. Stwierdza, że 4-ro letnie przygotowanie do trzeciej klasy gimnazjalnej jest w obecnym ustroju raczej wyjątkiem niż zasadą. Absolwenci szkół zawodowych na poziomie licealnym mają możność studjów na politechnice, wydziałach przyrodniczych i rolnictwie. Powtarzanie klasy jest bolączką, która będzie zawsze istniała, należy tylko starać się ograniczyć ją do minimum.

Prelegent wyjaśnia szereg trudniejszych do doraźnego zrozumienia detali wykresu oraz stwierdza, że szereg pytań ze strony zebranych nie odnosi się do sprawy organizacji szkół, a raczej dotyczy zagadnień programowych, których omówienie nie było zadaniem referatu.

Protokół posiedzenia w Wydziale Wychowania Fizycznego i Higjeny Szkolnej Ministerstwa W. R. i O. P. w dniu 17 marca 1932 r.

Przewodniczący uznaje potrzebę zreferowania przed pełnem gronem kolegów sprawy stosunku lekarzy do Związku Ubezpieczeń Pracowników Umysłowych. Dr. Raschpichler ofiarował się przygotować referat na ten temat.

Dr. Misiewiczówna zdaje sprawozdanie z dotychczasowych badań maturzystów, przeprowadzonych w poradni przeciwgruźliczej przy II. klinice wewnętrznej Uniw. Warszawskiego. Zbadano dotychczas 368 uczniów i uczenic. Po świętach będą się odbywać dalsze badania. Niektóre szkoły zawiodły. Przeważnie przychodziło 80% zapowiedzianej młodzieży. Rodzicom informacyj się nie udziela, chyba za zgodą lekarza danej szkoły. Informacji lekarzom udziela się na miejscu. Opadanie krwinek będzie badane tylko u uczniów, u których jest podstawa do badania. Sprawozdanie ogólne nastąpi dopiero po zbadaniu większej liczby młodzieży.

Dr. Karol Mitkiewicz wygłosił referat p. t. *„Nauka o zdrowiu w nowych programach szkolnych"*.

Jako jeden z członków Podkomisji higjeny przy Komisji do nauczania przyrody referent streszcza prace jej w następujących tezach:

W pierwszych czterech oddziałach szkoły powszechnej największy nacisk położyć należy na wdrażanie dzieci do przyzwyczajeń higjenicznych. Wiadomości teoretyczne z dziedziny higjeny należy w szczupłym zakresie podawać wraz z innemi przedmiotami, należącemi do programu tego okresu.

W piątym i szóstym oddziale szkoły powszechnej w związku z nauczaniem przyrodoznawstwa przy każdej sposobności wyprowadzać wnioski praktyczne, dotyczące zdrowia dziecka. Oprócz tego przy nauczaniu jakiegokolwiek bądź przedmiotu nawiązywać treść do tematów higjenicznych.

W oddziale siódmym szkoły powszechnej uczeń winien przejść systematyczny kurs higjeny, oparty o naukę o człowieku. Uczyć będzie nauczyciel o pogłębionem wykształceniu przyrodniczem.

W gimnazjum właściwem w niższych klasach lekarze szkolni winni prowadzić pogadanki higjeniczne, zwłaszcza okolicznościowe. Poza tem nauczyciele winni wplatać tematy higjeniczne przy nauce swoich przedmiotów.

W ostatniej klasie właściwego gimnazjum niezbędny jest systematyczny kurs higjeny, prowadzony przez lekarza, oparty na wiadomościach z przyrody i nauki o Polsce współczesnej; ma on dotyczyć zagadnień zarówno z dziedziny higjeny indywidualnej, jak i higjeny społecznej. Poza wiadomościami z higjeny winno być uwzględnione ratownictwo (pomoc w nagłych wypadkach).

W programie licealnym umieścić należy cykl wykładów o wyższym poziomie, głównie dotyczący higjeny społecznej.

W dyskusji Dr. Miklaszewska porusza sprawę podręczników do nauczania higjeny, których naogół jest brak. Dr. Góździcki podkreśla ważność celu nauczania higjeny. Cały system przez prelegenta przedstawionego programu opiera się na idei wychowania higjenicznego, co jest dodatnią stroną nowego programu. Poza tem Dr. G. stwierdza brak wytycznych w programie dla szkół zawodowych. Dr. Korsakówna żąda, by nauczyciel był odpowiednio przygotowany do planowanej pracy wychowawczo-higjenicznej. Dr. Babski podkreśla, że przygotowanie nauczyciela jest najważniejsze. Należy też pamiętać, że nauka higjeny ma być wspólnie opracowaną z nauką obywatelską. Wykłady powinien prowadzić lekarz. Program dla szkół zawodowych powinien być opracowany osobno. Dr. Zapińska stwierdza wielkie braki u uczniów i uczenic w wiadomościach z dziedziny anatomji i fizjologji i często przy higjenie musi wracać do zasadniczych pojęć anatomicznych i fizjologicznych. Dr. Raschpichler widzi trudności wychowania higjenicznego w szkole wobec jej braków materjalnych i higjenicznych.

Przewodniczący nie zgadza się z pesymistycznem zapatrywaniem dr. Raschpichlera. Pesymizm ten nie ma uzasadnienia, gdyż wiele już u nas zrobiono i w porównaniu z zagranicą nie stoimy na ostatniem miejscu. Dr. Szykulska sądzi, że wobec tak szeroko uwzględnionego programu, należy angażować lekarzy wyłącznie do wykładów w tych przypadkach, kiedy lekarz nie ujawnia zdolności pedagogicznych. Dr. Sokal twierdzi, że korzystniejsze jest tak ze względów dotychczasowych jak i wychowawczych rozłożenie przewidzianego nauczania higjeny w szkole powszechnej nie na pół roku, lecz na cały rok szkolny, gdyż kontakt lekarza z uczniem w klasie jest najlepszym czynnikiem propagandowym. Dr. Raschpichler wyjaśnia, że swojem stanowiskiem nie miał zamiaru wywoływania nastroju pesymistycznego wśród lekarzy szkolnych. Widzi jednak dużo braków w pewnych szkołach.

Dr. Mitkiewicz w odpowiedzi zaznacza, iż podał tylko wytyczne do programów, które pod pewnemi względami ulec mogą zmianom.

Przew.: *Dr. St. Kopczyński.* Sekr.: *Dr. K. Sokal.*

LIST DO REDAKCJI.

Warszawa, dnia 16 lutego 1933.

Wielce Szanowny Panie Redaktorze!

Zmuszony jestem, niestety, odpowiedzieć na drugi list Dra Thursza (P. Gaz. Lek. Nr. 8, 1933), który utrzymany jest w zwykłym tonie jego wystąpień publicznych. Trzeba mieć naprawdę coś innego, aniżeli odwagę cywilną, coś, czego wolę nie nazywać po imieniu, by ośmielić się napisać, iż: „kol. L. sam wie doskonale, że koledzy francuscy mylnie zostali poinformowani"!

Publikacje mego oddziału (P. Gaz. Lek. Nr. 11, 1931 i Nr. 37, 1932, Presse Médicale Nr. 29, 1931 i Nr. 64, 1932), jak również mój list w P. Gaz. Lek. (Nr. 2, 1933), z największą ścisłością ustaliły stan faktyczny: Dr. Thursz pierwszy zastosował zastrzykiwania alkoholu dożylnie celem leczenia raka i zakażeń popołogowych, a więc w sprawach nie mających nic wspólnego z ropniami płuc; te jego usiłowania lecznicze, jak wiadomo, poniosły

jednak całkowite fiasko. Spostrzeżenia moje wydobyły na światło dzienne swoisty wpływ alkoholu na ropne sprawy płucne — i teraz Dr. Thursz ma odwagę twierdzić, iż to on jest autorem nowej metody leczenia ropni płuc.

Nie mam zamiaru porównywać się z wielkimi badaczami, ale historja medycyny obfituje w podobne analogje. Np. Mering i Minkowski w r. 1889 przez wycięcie psom trzustki stwierdzili, iż narząd ten wytwarza wydzielinę wewnętrzną, której brak w ustroju powoduje ciężką cukrzycę doświadczalną; w r. 1904 Zülzer przeprowadza pierwsze doświadczenia z zastrzykiwaniem wyciągów trzustkowych w cukrzycy, które skończyły się niepowodzeniem; wreszcie w r. 1922—1923 Banting i Best otrzymali z trzustki insulinę. Czy Minkowski i Zülzer uważali się za odkrywców insuliny? Czy jeżeli Dr. Thursz pierwszy zaczął wstrzykiwać dożylnie alkohol i jego próby lecznicze spełzły na niczem, to on jest autorem nowej metody leczenia ropni płuc?

Wreszcie Dr. Thursz imputuje mi zwroty i słowa, wypowiedziane jakoby przeze mnie na posiedzeniu Tow. Lek. Warszawskiego, o których ja nic nie wiem. Wiem natomiast, iż na posiedzeniu tem powiedziałem tylko to, co było wydrukowane w Nr. 37, 1932 P. G. L. Ci, którzy byli obecni na tem niefortunnem dla Dra Thursza posiedzeniu, zgodzą się chyba z mojem twierdzeniem, iż w jego własnym interesie leży najmniej powoływanie się na przebieg tego posiedzenia.

Uważam polemikę publiczną z Drem Thurszem dla siebie za ostatecznie zakończoną.

Łączę wyrazy prawdziwego poważania

Anastazy Landau.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Odznaczenia i wiadomości osobiste.

Prezesem Warsz. Tow. Lek. po rezygnacji prof. dr. W. Orłowskiego został wybrany prof. dr. Ludwik Paszkiewicz.

Doc. Dr. Stanisław Ostrowski, st. ordynator Państw. Szpit. pow. we Lwowie został powołany na członka korespondenta Ogólnego Czesko-Słowackiego Towarzystwa Dermatologicznego i Wenerologicznego w Pradze.

Dr. Włodzimierz Mikułowski, lekarz chorób dziecięcych w Warszawie, którego szereg prac z zakresu pedjatrji pomieszczaliśmy w naszem piśmie, został wybrany przez Towarzystwo Pedjatrów Francuskich w Paryżu, na członka korespondenta.

Jako członkowie cudzoziemcy Akademji Medycyny w Paryżu zostali wybrani Sherrington (Oxford) i Morquio (Montevideo). Po jednym lub kilka głosów otrzymali Madsen, Sanarelli, Christiansen, Mayo.

Z okazji 100-lecia urodzin Dra Aleksandra Guéniota (1832—1932) odbyła się w Paryżu uroczysta akademja w obecności ministra zdrowia i szeregu innych wybitnych osobistości. Mowcy wspominali o wielkiej pracowitości Guéniota, która nie przeszkodziła mu dożyć tak sędziwego wieku. Wspominali przytem o chirurgu Saporta, który umarł licząc 106 lat, operował jeszcze w 103 r. życia.

Katedrę pedjatrji w Düsseldorfie po ś. p. prof. Schlossmannie objął jego uczeń Albert Eckstein znany ze swoich prac nad *encephalitis vaccinalis.*

Ruch w Towarzystwach Lekarskich i Zjazdy.

IV. posiedzenie Lwowskiego Tow. Lek. odbyło się 17. II. 1933. 1. Kol. Musiał, człon. Twa: Omówienie ciekawszych przypadków z Oddziału ocznego (fotografje, przeźrocza i prep. anatom.). 2. Kol. Teppa, człon. Twa: Przedstawienie i omówienie przypadków (Tabes optica). 3. Kol. Jaburek, człon. Twa: Pokaz wziernika ocznego wedle Prof. Thornera. 4. Kol. Liebhard, człon. Twa: Trombopenja a krwawienia z macicy (wykład).

Posiedzenie Naukowe Tow. Lek. Warszawskiego odbyło się 21. II. 1933. 1. Skłodowski J. człon. Twa i Trojanowski A.: Przypadek tętniaka aorty z zanikiem tętna. — 2. Freyd A.: Gorączka maltańska. — 3. Szokalski K. człon. Twa: Anaemia secundaria c. achlorhydria.

III. Międzynarodowy Zjazd Pedjatrów w Londynie w dniach 20—22 lipca b. r. obradować będzie nad następującemi tematami głównemi: 1) Alergja i jej znaczenie dla chorób wieku dziecięcego (prof. Hamburger z Wiednia, Dr. Pehu z Lyonu, Dr. Rich z Baltimore). 2) Zapobieganie chorobom powodowanym przez mleko (prof. Allaria z Turynu, prof. Bessau z Berlina, prof. Lereboullet z Paryża, prof. Pertersson ze Stockholmu).

Różne.

W Holandji stwierdzono u 20 osób zakażenie paratyfusem, którego źródłem były jaja gołębie użyte do puddingu. Szczepy paratyfusu u chorych i u gołębi, od których pochodziły spożyte jaja były identyczne (typ Aertrycke).

The Lancet donosi o 10 nowych przypadkach kolki devonshir'skiej. Choroba ta znana oddawna jest kolką ołowiową. Zatrucie ołowiem pochodziło od ołowiowej wyprawy pras używanych przy wyrobie jabłecznika, co zostało zakazane. Ostatnie przypadki zatrucia pochodzą od rur zawierających ołów, któremi rozlewano jabłecznik w barach.

Komunikaty.

Artykuł „Kiła serca", drukowany w niniejszym numerze, jest częścią rękopisu książki prof. Witolda Orłowskiego. Ukaże się ona w kwietniu b. r. p. t.: „Choroby serca i naczyń krwionośnych" jako tom I. „Szczegółowej patologji i terapji chorób wewnętrznych". W dziale ogłoszeniowym umieszczamy warunki przedpłaty.

XIV. Zjazd Lekarzy i Przyrodników Polskich w Poznaniu. Wskazówki dla zgłaszających wykłady: 1. Ostateczny termin zgłaszania referatów ustala się na dzień 1. IV. 1933 r. 2. Tytuły wszystkich odczytów muszą być podane w języku polskim i francuskim. — 3. Zgłaszający temat winni przesłać do dnia 1. lipca 1933 na ręce gospodarzy sekcyj krótkie streszczenie swego wykładu, nie przekraczające 15—20 wierszy druku, które sekcje w miarę możności wydadzą drukiem przed Zjazdem i rozeszlą tak, by członkowie sekcyj jeszcze przed przybyciem do Poznania mogli się z treścią wykładów zapoznać. — 4. Streszczenia te w sekcjach lekarskich muszą być napisane w języku polskim i francuskim a to ze względu na współudział gości słowiańskich i zagranicznych wogóle. — 5. Streszczenia referatów przeznaczone do Pamiętnika z krótkiem resumé w języku francuskim, nie mogą przekraczać dwóch stron druku dużej ósemki i winny być oddane sekretarzom sekcyj przed wygłoszeniem odczytu. — Zgłoszenia późniejsze nie będą uwzględnione w Pamiętniku.

Podobnie jak w latach ubiegłych, Min. Op. Sp. udzieli zapomóg na akcję leczniczo-zapobiegawczą. Zapomogi mogą otrzymać na wniosek Wojewodów: instytucje leczniczo-zapobiegawcze: przychodnie przeciwgruźlicze, przeciwjaglicze, przeciwweneryczne, przeciwalkoholowe, stacje opieki nad matką i dzieckiem, sanatorja, prewentorja i t. p.

Kalendarzyk Zjazdów Międzynarodowych w roku 1933.

Kwiecień: XIV. Zjazd okulistów w Madrycie 16—22.
Czerwiec: VII. Zjazd Medycyny i Farmacji wojskowej w Madrycie 29. V. — 4. VI. — II. Zjazd Lotnictwa Sanitarnego w Madrycie 5—8. — III. Zjazd Szpitalnictwa Coq-sur-Mer (Belgja) 23. VI. — 3. VII.
Lipiec: VII. Zjazd Opieki nad dzieckiem, Paryż 5—7. — Zjazd pielęgniarek Paryż-Bruksela 9—15. — II. Zjazd ortopedów w Londynie 19—22. — III. Zjazd pedjatrów w Londynie 20—22.
Sierpień: III. Zjazd cytologów w Cambridge 20—26. — VII. Zjazd historyków w Warszawie 21—28.
Wrzesień: Zjazd lekarzy słowiańskich w Poznaniu 10—11.
Październik: XIV. Zjazd hydrologów i klimatologów w Tuluzie.
Listopad: Zjazd Towarzystwa zapobiegania ślepocie w Paryżu.

Redakcja otrzymała:

L. Regmunt Sobieszczański: Sprawozdanie z Międz. Kongr. Lek. poświęconego kamicy żółciowej w Vichy. 1932 r. Odb. z „Gastrologji Polskiej". Nr. 1. 1932.

D. Olmer: Fièvre boutonneuse. Masson. Paris. 1933.

Ch. Garin: L'ankylostomose. Masson. Paris. 1932.

M. Chiray et R. Stieffel: Les constipations. Masson. Paris 1933.